

Année 1899.

THÈSE

N°

694

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 21 juillet 1899, à 9 heures

Par HAURY (AUGUSTE)

Né à Vesoul (Haute-Saône), le 19 février 1868.

Ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris et de la clinique
des maladies cutanées et syphilitiques (hôpital Saint-Louis)

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ESSAI

SUR

LES TUBERCULIDES CUTANÉES

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. HUMBERT,

GAUCHER,

WIDAL.

} agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899.

THÈSE

624

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 21 juillet 1899, à 9 heures

Par HAURY (AUGUSTE)

Né à Vesoul (Haute-Saône), le 19 février 1868
Ancien interne en médecine des hôpitaux de Paris et de la clinique
des maladies cutanées et syphilitiques (hôpital Saint-Louis)
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ESSAI

SUR

LES TUBERCULIDES CUTANÉES

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. HUMBERT, } agrégés.
GAUCHER, }
WIDAL.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et de profonde affection

A MON ONCLE JULES HAURY

qui m'a toujours porté une bonne et sincère amitié

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ALFRED FOURNIER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

que je remercie encore une fois pour le nouvel honneur qu'il me fait.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous avons à remplir un devoir bien doux et bien difficile à la fois, celui de remercier les maîtres nombreux qui ont bien voulu dans le cours de nos études médicales, nous accepter ou nous considérer comme leur élève.

Que nos tout premiers maîtres, M. le professeur Raymond, M. le Dr P. Reclus, dans le service desquels nous avons été bénévole et stagiaire, que MM. les docteurs Gouguenheim, Alfred Marchand, Legendre, médecins ou chirurgien des hôpitaux, que M. le Dr Cadet de Gassicourt, médecin honoraire de l'hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine, auprès desquels nous avons rempli les fonctions d'externe, veuillent donc bien accepter ici l'expression de toute notre gratitude.

Que MM. les docteurs Richelot et Poirier, chirurgiens des hôpitaux, professeurs agrégés à la Faculté de médecine, soient persuadés que nous conservons, des quelques moments très courts, passés dans leur service en qualité d'interne provisoire, un souvenir précieux.

Nous devons ici une marque particulière de reconnaissance à deux de nos maîtres, MM. les docteurs Bécclère et A. Siredey, médecins de l'hôpital Saint-Antoine. C'est grâce à eux que nous sommes arrivé à l'Internat des hôpitaux. Nous avons été longtemps leur interne provisoire, et partant à même d'apprécier, en même temps que la justesse de leurs idées médicales, leur inépuisable bienveillance. Des circonstances, indépendantes de notre volonté, ne nous ont pas permis de les prier de vouloir bien nous accepter comme interne titulaire. Qu'ils soient persuadés que toujours, nous regretterons de n'avoir pas été leur élève à ce titre, et leur garderons au fond du cœur, un vif sentiment fait de reconnaissance et de respectueuse sympathie.

Pendant nos quatre années d'internat, nous avons eu l'honneur d'être l'élève :

A l'hôpital Tenon, de M. le Dr A. Delpeuch, médecin de l'hôpital Cochin, dont les savantes et originales leçons laisseront toujours dans notre souvenir, une agréable impression.

A l'hôpital Hérold, de M. le Dr Gilles de la Tourette, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine. C'est lui qui nous a initié aux multiples secrets des maladies du système nerveux. Le peu que nous savons en la matière, c'est à lui que nous le devons et nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A l'hôpital Lariboisière, de M. le Dr Muselier qui nous a laissé dans son beau service, une initiative dont nous ne saurions trop le remercier.

Enfin à l'hôpital Saint-Louis, de M. le professeur A. Fournier. Auprès de cet excellent maître, qui joint à une science clinique profonde, une bonté sans bornes, nous nous sommes habitué aux difficultés du diagnostic et de la thérapeutique des affections cutanées et syphilitiques. Ses leçons magistrales, auxquelles nous avons, pendant une année malheureusement trop vite passée, assisté avec une attention que les sujets choisis, que la parole claire et lumineuse du maître, rendaient facile et toujours remplie d'intérêt, resteront profondément gravées dans notre mémoire.

A côté de M. le professeur Fournier, M. le Dr Gaucher, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, nous permettra de le placer. Nous avons été, il y a longtemps déjà, son élève à titre d'interne provisoire ; cette année nous avons eu, à la fois, le plaisir et l'honneur de l'être de nouveau à l'hôpital St-Louis. Il connaît les sentiments respectueux et dévoués que nous professons à son égard ; nous sommes heureux de pouvoir les lui rappeler en le remerciant de ses conseils et de l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer.

MM. les Dr Florand et Guinard, médecin et chirurgien des hôpitaux, ont été aussi nos maîtres, nous n'avons garde de les oublier.

Que M. le Dr Hervieux, médecin honoraire de la Maternité, mem-

bre de l'Académie de médecine, veuille bien nous permettre de lui dire ici, combien nous conservons vivace la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui, pour les démarches qu'il a bien voulu faire en notre faveur, dans plusieurs circonstances.

Que notre ami F. Touchard, professeur de clinique à l'Ecole dentaire, enfin, que nos amis les D^{rs} Leredde, chef de Laboratoire à l'hôpital St-Louis et G.W. Beach reçoivent aussi le témoignage de notre bonne et sincère amitié. Celui-ci a mis à notre disposition sa connaissance parfaite de la langue anglaise ; celui-là, non seulement, sa grande compétence en dermatologie et en anatomie pathologique, mais encore ses idées. S'il y a quelque chose d'original et de vrai dans celles que nous exposons, c'est à lui qu'en revient le mérite.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552015_0009

INTRODUCTION

La question des tuberculides n'a été envisagée jusqu'ici que sous une forme synthétique. Personne, à notre connaissance du moins, n'a tenté de soumettre les observations publiées à une analyse anatomo-clinique et d'interpréter les résultats obtenus. Il nous a donc semblé utile d'essayer d'entreprendre cette étude et d'en tirer si possible, des conclusions nettes. Nous avons commencé tout d'abord nos recherches bibliographiques avec l'intention de faire un travail d'ensemble sur toutes les affections que l'on a rangées dernièrement parmi les tuberculides (Hallopeau, Boeck). Mais nous ne nous étions pas douté au début du temps énorme que ces recherches demandaient et nous nous sommes vu, au dernier moment, forcé de nous en tenir aux seules affections encore désignées naguère sous le nom vague de « folliculites » et plus récemment sous celui de tuberculides cutanées par M. le Dr Darier, de tuberculides acnéiformes et nécrotiques par M. le Dr Hallopeau, affections auxquelles nous avons ajouté un groupe particulier qui nous paraît très voisin d'elles.

Nous avons divisé notre thèse en *sept* chapitres, savoir :

CHAPITRE I. — *Essai de classification objective. — Division en quatre groupes principaux.*

CHAPITRE II. — *Description générale des tuberculides cutanées.*

CHAPITRE III. — *Groupes en particulier. — Caractères cliniques, objectifs et évolution.*

CHAPITRE IV. — *Rapports étiologiques avec la tuberculose.*

CHAPITRE V. — *Résultats des examens histologiques.*

CHAPITRE VI. — *Données bactériologiques et expérimentales.*

CHAPITRE VII. — *Essai de pathogénie.*

CONCLUSIONS.

Les grosses difficultés que nous avons plus d'une fois rencontrées dans le groupement d'affections très disparates et en même temps très semblables les unes aux autres, par leur aspect objectif et leur évolution — à l'aide d'observations souvent incomplètes à divers points de vue — nous servirons, du moins nous l'espérons, de sérieuses excuses, pour les nombreuses lacunes de notre travail.

Si dans la discussion des faits, dans l'appréciation de quelques théories, nous nous sommes laissé parfois, aller à une tournure de phrase un peu vive, nous prions humblement ceux que nous avons pu mettre en cause, de croire toujours à notre profond respect pour eux et pour leurs opinions, et de vouloir bien nous pardonner ces phrases, qui n'ont été vives que parce que notre foi l'était elle-même.

Ce sont, en effet, des convictions plus que des déductions mathématiques que l'on trouvera dans cette étude. Nous avons toutefois essayé, le plus possible, de les étayer du plus grand nombre de faits scientifiques que nous avons pu recueillir.

Nous nous estimerons suffisamment récompensé, si d'aucuns veulent bien trouver que notre travail présente quelque utilité.

Mais encore un mot : on trouvera peut-être singulière l'absence d'un chapitre historique. Nous n'avons pas cru devoir consacrer à cette habitude, parce qu'un historique n'est en général qu'une longue suite plus ou moins fastidieuse de noms propres, de faits et de dates. On trouvera d'ailleurs, dans les thèses de Beauprez (Paris, 1897-98), de Fringuet (Paris, 1898-99), dans la *Revue générale* du Dr Meneau (In *Journal des mal. cut. et syph.*, 1898, n° 4) un exposé très complet de la question. Pour ce qui a trait au lichen scrofulosorum, dont nous n'avons pas cru devoir aborder l'étude, bien qu'en somme, elle se rattache à la nôtre par plus d'un côté, nous renvoyons à l'étude du Dr H. Lefebvre (Nancy, 1898) et à la *Revue générale* du Dr Meneau (In *Journal des mal. cut. et syph.*, janvier 1899, n° 1).

Nous dirons cependant, que dans la question des tuberculides,

trois noms doivent être prononcés avec la plus grande admiration, ceux des :

D^r ERNEST BESNIER, qui en dépit de l'histologie, en dépit de la bactériologie et de l'expérimentation, n'a jamais cessé de soutenir, au nom de la clinique seule, la nature tuberculeuse vraie du lupus érythémateux. Nous ne doutons pas que les événements ne viennent un jour lui donner raison.

Professeur HUTCHINSON qui le premier, en s'appuyant aussi sur la seule observation, mit d'un seul coup à leur place réelle, les affections que nous décrirons tout à l'heure, en les rangeant « à côté du lupus vulgaire, du lupus érythémateux et des engelures » (*Lectures on clinical Surgery*, volume I, 1879, p. 299).

Professeur C. BOECK qui, sans avoir eu connaissance des leçons du maître anglais, arriva un an après (1880) à une classification presque identique et donna à ces affections le nom de lupus érythémateux disséminé (*Norsk Magazin for Laegevidenskabe*, Christiania, 1880, p. 1-28). Résumé in *Vierteljahrschrift für Dermat.*, 1880, p. 5-87 et dans le travail du D^r SPIEGEL in *Monatshefte für prakt. Derm.*, déc. 1896).

Ces deux derniers observateurs étaient sur leur siècle, en progrès de près de 20 ans, et cela à l'aide de la seule clinique.

Il serait injuste de ne pas citer à côté des précédents, les noms :

De M. le D^r HALLOPEAU qui soutient depuis si longtemps le bon combat, avec un zèle infatigable et toujours nouveau.

De M. le D^r DARIER qui a vu le premier, les relations des affections décrites sous des noms si divers et a proposé le terme générique de tuberculides cutanées.

Nous nous permettrons d'y ajouter celui du D^r Leredde qui a fait le premier ressortir l'importance et la constance des lésions vasculaires dans les diverses formes de tuberculides, au point que ces altérations peuvent être considérées presque comme un critérium histologique. C'est après ses recherches, que la théorie des hydrosadénites, jusque-là florissante, a disparu du chapitre pathogénétique.

CHAPITRE PREMIER

Essai de classification objective. — Division en quatre groupes principaux.

M. le D^r Barthélemy dans son mémoire de 1894, avait différencié dans les folliculites disséminées, deux types cliniques assez nets, auxquels il donnait provisoirement, les noms d'acnitis et de folliclis. Cette distinction ne fut pas de longue durée. Petit à petit on en vint à confondre les deux variétés précédentes, malgré les protestations réitérées de M. Barthélemy, et à employer l'un pour l'autre les termes de folliclis et d'acnitis. C'est le mémoire du professeur Dubreuilh sur « *les Hidrosadénites suppuratives et disséminées* » qui donna la signal de la confusion. Le travail de MM. Tenneson, Leredde et Martinet sur *Un granulome innommé* l'accentua. Elle devint tout à fait complète lorsque naquit la question des tuberculides. Cependant quand M. le D^r Darier proposa de grouper sous cette excellente dénomination, un certain nombre d'affections toutes désignées par des noms différents et dont plusieurs d'entre elles étaient manifestement identiques les unes avec les autres; il n'avait d'autre but que celui d'indiquer leurs relations étiologiques communes et non de les confondre. Il faisait seulement une synthèse étiologique et non une synthèse clinique : « *En dehors et à côté des tuberculoses cutanées incontestables et connues, contenant le bacille, il y aurait donc, disait-il, toute une série de tuberculides cutanées qu'il s'agit d'étudier, de soumettre à l'analyse anatomo-clinique pour arriver à voir clair dans la délimitation de ce groupe et dans les subdivisions qu'il comporte. Pour contribuer à cette étude, je présente aujourd'hui deux malades : l'un est un exemple de tuberculides régionales du type folliclis, l'autre, un cas de tuberculides disséminées à forme d'acné cachectique avec coexistence de folliclis.* »

Cet essai de classification en est resté là. Depuis tantôt trois ans, la question n'a pas fait un pas dans cette direction.

Il est vrai, toutefois, que lorsqu'on lit et relit les observations publiées et qu'on les compare entre elles, il semble qu'on soit en présence d'un chaos de faits inextricables, tant il existe de formes de passage et d'associations. Il n'est peut-être pas dix cas qui puissent être cités comme des types purs de tout mélange. Pourtant quand on se trouve en face de cas extrêmes, il ne peut certainement venir à l'esprit de personne, de les réunir dans une seule et même description, de les classer dans un seul et même groupe.

Mais la difficulté commence avec le choix du caractère distinctif. On peut dire sans crainte d'être démenti, qu'il n'en est aucun de vraiment pathognomonique, ni le siège des éléments éruptifs, ni leur distribution, pas plus que leur évolution ou la marche de l'affection. L'ensemble de ces caractères multiples présente, au contraire, surtout par comparaison, une physionomie spéciale qui justifie dans une certaine mesure à nos yeux, les groupes que nous avons établis. Pour ne pas créer de mots nouveaux, nous nous sommes servi, pour les deux premiers, des dénominations de M. le Dr Barthélemy, dénominations que l'on trouvera peut-être surannées, mais qui ont au moins le mérite, celui de l'ancienneté mis à part, d'être courtes et faciles à retenir. Nous divisons donc les tuberculides en quatre groupes principaux :

- A. *Tuberculides du groupe acnitis* ;
- B. *Tuberculides du groupe folliclis* ;
- C. *Tuberculides miliaires ou lichénoïdes* ;
- D. *Tuberculides nodulaires*.

Dans ce dernier groupe, nous comprenons deux observations d'ailleurs différentes à beaucoup d'égards, mais que nous ne saurions, pour le moment du moins, classer dans aucun des types précédents, bien qu'elles s'en rapprochent par plus d'un côté.

CHAPITRE II

Description générale des tuberculides cutanées.

Ces affections présentent entre elles des ressemblances telles, qu'on peut en esquisser une description d'ensemble.

Elles consistent essentiellement en une ou plusieurs éruptions, composées d'un nombre variable d'éléments, ordinairement isolés, quelquefois groupés, d'autres fois formant placards et disposés de chaque côté du corps d'une façon plus ou moins symétrique. L'élément éruptif est, soit une papule plus ou moins grosse et superficielle, soit un véritable nodule, occupant la partie profonde du derme ou même franchement le tissu cellulaire sous-cutané. La coloration de la peau à sa surface est, ou devient par la suite, d'un rouge foncé, tantôt cuivré, tantôt violacé, livide surtout dans les régions où la circulation est paresseuse (oreilles, nez, extrémités) et dans les parties déclives (jambes). Arrivés à maturité après un temps variable avec leur situation plus ou moins profonde, la papule ou le nodule présentent dans la majorité des cas à leur centre, une vésicule ou une pustule véritable. Celle-ci peut se dessécher sans se rompre et former une croûte d'emblée ou bien s'ouvrir et laisser sortir une ou deux gouttelettes de liquide séropurulent dont une partie se coagule en une petite croûte secondaire, jaunâtre ou brunâtre solidement adhérente, pénétrant comme un bouchon, dans l'intérieur du nodule. Si l'on vient à enlever la croûte, ou si elle tombe prématurément, on découvre une ulcération très creuse, malgré ses faibles dimensions, conoïde, putéiforme, à limites nettes et arrondies qui bientôt se comble et se recouvre d'épiderme, tandis que sa bordure s'affaisse et se met de niveau avec les téguments voisins. Le dernier terme de l'évolution de l'élément est une cicatrice d'abord violacée, rou-

geâtre, souvent entourée d'un anneau ou d'un simple liséré pigmenté en brun-noirâtre donnant à la lésion un aspect syphiloïde. Cette pigmentation dure quelques mois ; elle s'atténue peu à peu et finit par disparaître en laissant à la partie centrale une cicatrice blanche tantôt mince, lisse et plane, tantôt déprimée, térébrante, varioliforme.

L'élément éruptif, évoluant ainsi de dedans en dehors, met 15 jours à 6 semaines ordinairement, pour aboutir à la cicatrice ; mais il peut être troublé dans son évolution. Il peut avorter et disparaître sans laisser de traces, surtout quand son début est sous-dermique ; quand il est petit et superficiel, il peut ne pas suppurer : la papule se flétrit et se recouvre d'une petite squame ordinairement très adhérente. Dans certains cas, il peut s'infecter secondairement et devenir un véritable petit abcès dermique avec zone rougeâtre inflammatoire (type acnitis) et aboutir à une cicatrice plus large et plus profonde. Dans d'autres, la confluence des éléments peut, au moment de la chute de la croûte, donner lieu à une véritable ulcération.

Les éruptions se font *par poussées* tantôt continues et subintrantes, tantôt intermittentes, d'autres fois rémittentes. En général, le nombre des éléments qui composent la poussée est inversement proportionnel à leur volume.

Il n'est pas de régions du corps qui ne puissent être atteintes, mais quelques-unes d'entre elles sont plus fréquemment affectées et présentent des lésions en plus grande abondance que partout ailleurs. Ces régions sont, en première ligne les faces d'extension des membres supérieurs et inférieurs, avec prédominance presque constante au pourtour de l'olécrâne et de la rotule. Les doigts et les orteils, principalement au niveau de leurs jointures, la paume des mains et la plante des pieds sont également un siège favori pour l'éruption. La face, les lombes et les fesses, l'abdomen, etc., viennent ensuite, mais la prédominance en une région varie avec les types. Les organes génitaux sont le plus souvent respectés, mais non constamment (Boeck, Spiegel, Hallopeau, Marfan). Les muqueuses par contre, ont été jusqu'à maintenant, complètement

épargnées, si l'on en excepte toutefois un cas douteux de Barthélemy (Obs. II, *Acnitis*).

Parmi les symptômes subjectifs communs aux diverses variétés, il faut signaler en première ligne, l'*indolence* particulière des lésions au moins spontanément. Il n'est pas très rare toutefois d'observer, ordinairement au début, un prurit d'habitude léger. Dans quatre cas seulement il existait de vives démangeaisons (Hutchinson, Tanvet, Hallopeau, Grünewald).

Notons en dernier lieu, ce qui est la règle, le *début brusque* de l'éruption et son évolution *apyrétique* quand elle ne s'accompagne pas de complications inflammatoires ou infectieuses.

CHAPITRE III

Groupes en particulier. — Caractères cliniques objectifs et évolution.

A. — Groupe Acnitis.

Se rapportant à ce groupe, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que huit observations. Il est possible toutefois que quelques autres aient pu nous échapper. D'habitude on le confond avec le groupe folliclis ; nous pensons avec M. le Dr Barthélemy que l'ensemble de ses caractères cliniques ne permet pas de le confondre avec le groupe folliclis. Nous verrons d'ailleurs plus tard, que la structure histologique des lésions autorise la scission, non absolue il est vrai. Les observations qui peuvent se ranger nettement dans ce groupe sont, outre les trois de M. le Dr Barthélemy :

Celle de PICK, intitulée Acné varioliforme de Hébra (1889).

Celle de POLLITZER, intitulée Hidradenitis destruens suppurativa (1892).

Celles de KAPOSI (2), intitulée Acné télangiectodes (1894) (1).

Un cas de COLCOTT FOX (1888), résumé dans le mémoire du Dr Pringle sur l'angiokératome (*Brit. Journal of Derma.*, 1891).

Voyons ces observations :

OBSERVATIONS du Dr BARTHÉLÉMY. *Acnitis*. (Résumées.)

Nous ne donnons ici que la description de l'affection. Ce qui a trait à l'état général, aux antécédents, etc... se trouve au chapitre étiologique, pour la discussion.

(1) Nous ferons remarquer que l'aquarelle qui accompagne le mémoire de M. Barthélemy et les planches coloriées qui sont à la suite des cas de Pick et du 2^e de Kaposi sont d'une ressemblance frappante.

Obs. I. — Th..., 23 ans.

Entré en février 1882, dans le service du Pr Fournier.

Début 4 mois avant, deux jours après une contrariété, assez *brusquement*, sans douleur, par le *front*. L'éruption consistait alors en une dizaine de petits boutons.

Un peu de *fièvre* les premiers jours ; pas d'embarras gastrique.

A l'entrée, la face, la tête et une partie du corps sont couverts de boutons, donnant l'aspect d'une éruption d'*acné* très abondante, ou même d'une *variole* de moyenne intensité. On sent à leur niveau, une petite induration nodosiforme, située plus ou moins profondément *sous la peau*, laquelle présente alors une coloration rouge, surtout quand la lésion est superficielle, comme à la face. En d'autres points, dans la région lombaire par exemple, on sent facilement au palper de petits grains durs roulant sous le doigt comme de petits grains de plomb, et ne s'accusant à l'extérieur par aucun signe. — De même aux aisselles. Il en existe mais beaucoup moins profond au niveau du 4^e orteil gauche, 2 ou 3 à la main gauche, 4 ou 5 à la droite.

Mais ces nodosités, tuberculeuses de forme, sont surtout remarquables à la face par leur *confluence*, leur degré d'évolution et leur profondeur variable. Plus superficielles en ces points, elles soulèvent la peau ; les téguments à leur niveau sont rouges saillants et présentent en certains endroits, un petit point blanc à leur sommet.

Depuis l'apparition soudaine de la première poussée, qui a été aussi la plus abondante, l'éruption s'est toujours continuée par des poussées nouvelles, chacune de 5 à 6 petits éléments nodulaires que le malade découvre chaque jour çà et là sous la peau, en se tâtant, car il n'y a à leur niveau aucune sensation subjective.

L'évolution se fait pour chaque élément en 15 ou 20 jours environ, plus ou moins. On sent d'abord une petite nodosité sous-dermique, sans coloration ni prise de la peau. Si l'on fait une incision à ce moment, *on énuclée facilement, un petit amas comme glandulaire* avec une petite quantité de sang. Plus tard, la nodosité devient fluctuante puis purulente, il se forme un petit pertuis dû à l'inflammation puis à la nécrose de la peau, d'où il sort une gouttelette de pus.

Cette évolution se fait plus ou moins vite suivant l'épaisseur de la peau. Très rapide à la paupière, elle est longue à l'angle de la mâchoire où plusieurs nodosités se développant, à côté les unes des autres, forment une *petite tumeur* (côté droit).

Outre la face, le cuir chevelu, la barbe, le cou, le tronc, les cuisses, les mains et les pieds sont pris, mais postérieurement à la face, sauf pour la nodosité de la face palmaire de l'orteil gauche qui a apparu presque en même temps qu'à la face.

Examiné bactériologiquement par M. Balzer, l'intérieur des pustules démontre de nombreux microbes.

5 août. — Etat général meilleur, poussées plus espacées, d'éléments en nombre plus petit, plus superficiels.

Face et corps marqués par un grand nombre de cicatrices pigmentées et de macules brunâtres.

Novembre 1882. — Malade à peu près guéri, par les toniques, la nourriture et la campagne.

Obs. II. — Bo..., 27 ans.

Début en février 1890, par le côté des *tempes*, la *face* fut ensuite envahie.

Tous les éléments ont procédé par poussées successives, de telle façon que depuis 6 mois, le malade n'est jamais resté sans présenter d'anciens éléments terminés et de récents.

Vers le 15 juin, éruption de 7 pustules acnéiformes (folliculites sébacées?) au niveau de la nuque, 3 ou 4 en voie d'évolution récente, contiennent encore du pus.

Le malade a quelques petits *ganglions lymphatiques* en arrière du sterno-mastoïdien surtout nets à gauche.

Le 20 juillet. — Zona thoracique avec douleurs intenses. Puis *adénopathies biaxillaires* et au niveau de chaque angle inférieur de l'omoplate.

Le malade présente le 7 août une saillie dure, inflammatoire de la gencive supérieure gauche, existant depuis 6 semaines : ostéo-périostite ou folliculite ? Le malade raconte qu'il en a eu plusieurs nettes à la face interne des joues.

Actuellement, il en a encore quelques autres à la main droite, dans la paume, au niveau de l'éminence hypothénar. Dans le début de la maladie, il en a eu une au pouce droit très douloureuse.

26 septembre. — Zona guéri, mais pâleur, anémie, adénopathies persistantes.

5 novembre. — Eléments éruptifs devenus très rares. Auto-inoculation négative.

Depuis 2 ou 3 mois, un certain nombre de folliculites guérissent par résolution sans suppuration, mais en laissant une tache maculeuse sur laquelle, la peau desquame.

L'éruption a été moins abondante que dans le premier cas. Durée 9 à 10 mois.

Obs. III. — X..., 27 ans, service du Dr Besnier.

Début soudain en avril 1890 par le nez et le menton, puis front, joues, cuir chevelu.

Nouvelle poussée en septembre après une saison à Vichy, et des bains sulfureux, aux régions primitivement envahies et en plus au cou, aux membres supérieurs, surtout en arrière et en dedans ; il y en a aussi à la région antéro-externe ; au devant des genoux, aux coudes, au dos des mains, aux fesses, aux lombes.

Au 9^e mois éruption presque épuisée.

Obs. IV (trad. pers.). — *Acné varioliforme de Hébra.* — Professeur J. Pick (de Prague), *Arch. für D. und S.*, 1889, p. 551 (Contribution

à l'étude de l'acné frontale, varioliforme de Hébra, nécrotique de Boeck).

D. F..., négociant, vient consulter pour une éruption du visage qui, à cause de sa ressemblance avec la variole, ennuie son entourage et lui porte préjudice dans sa clientèle.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père et mère vivants, bien portants.

Cinq sœurs : trois vivantes et en bonne santé, *deux mortes*, l'une à deux ans de la variole, l'autre, qui était scoliotique, à 20 ans, à la suite d'étouffement, de cause inconnue.

Antécédents personnels. — Variole à 16 ans.

Blennorrhagie à 20 ans.

Le malade, sujet aux *furuncles* et aux *angines*, présente de la *séborrhée* du cuir chevelu avec certain degré d'alopécie, et des *varices* qui l'ont fait exempter du service militaire.

Le malade a perdu sa première femme de *tuberculose* ; il a eu un garçon qui est de santé délicate, sans aucune maladie spéciale, sa deuxième femme et son deuxième enfant sont bien portants.

Personne dans son entourage ne présente aucune affection cutanée. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne, squelette bien constitué, mais musculature grêle et pannicule adipeux médiocre. Nœvi pigmentaires, molluscum fibreux, angiome sur la peau.

La maladie a débuté subitement il y a six mois par le nez, sur lequel ont apparu de petits nodules brun-rougeâtre. L'affection a quelques jours après, gagné le front et les joues. L'éruption a continué sans interruption jusqu'à ce moment. Au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux nodules, les anciens disparaissaient en laissant une cicatrice.

Actuellement, le visage, le front, particulièrement à la lisière des cheveux, les pavillons des oreilles, le cuir chevelu, la barbe, présentent des nodules plus ou moins gros, extrêmement nombreux, proéminents, de couleur rouge-brune. Les dimensions de ces éléments varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille. Certaines ont leur surface uniformément colorée et unie, d'autres présentent une croûte centrale sèche et brunâtre.

Ces croûtes adhèrent solidement aux parties sous-jacentes, et paraissent s'enfoncer à l'intérieur du nodule. Au-dessous d'elles on trouve une perte de substance profonde, s'enfonçant au-dessous des bords de l'élément.

Au-dessous du sourcil droit, un grand nombre de petits nodules confluents forment comme une petite tumeur.

Quelques éléments, très peu nombreux, présentent par exception, autour de leur croûte centrale, un liseré de pus jaunâtre. Dans ce cas, le nodule est plus volumineux et est entouré d'un anneau rouge, inflammatoire.

Les nodules sont ordinairement bien limités et nettement proéminents.

Par places, et particulièrement à la lisière du cuir chevelu, se trouvent des nodules et des tubercules (Knoten) profonds, les uns à surface encore brun-rougeâtre, les autres à surface cicatricielle.

Outre ces éléments, on constate d'autres nodosités paraissant siéger *sous la peau* et dont la grosseur varie d'un grain de chènevis à un pois. A leur surface, les téguments sont normaux ou d'un rose livide. Ces nodosités se voient principalement sur les parties latérales du cou, au dos des mains et aux avant-bras.

Ces éléments ne paraissent avoir aucune connexion avec les follicules pileux. De même on ne voit à leur surface ni comédon ni pore sébacé.

Le contenu d'une nodosité qui *peut s'énucléer totalement* a l'aspect d'une masse jaunâtre et cireuse. L'énucléation laisse une perte de substance très petite et ne donne lieu qu'à une très petite perte de sang.

Le processus commence par la formation de petits nodules, gros comme une tête d'épingle qui deviennent proéminents et alors ou rétrogradent ou grossissent encore un peu, mais lentement.

Après une courte période d'état, une croûte centrale se forme à la surface des plus petits nodules, à ce moment la lésion prend un aspect ombiliqué.

La croûte reste ordinairement longtemps en place, puis tombe quand la cicatrice s'est formée au-dessous d'elle. La cicatrisation se fait ordinairement sans aucune suppuration. Si celle-ci a lieu, l'efflorescence grossit, devient acuminée, fluctuante et s'entoure d'une bordure rouge, inflammatoire. Quand cette complication survient, la destruction des tissus est plus profonde et les cicatrices plus marquées.

Le traitement interne n'a donné aucun résultat (Kl. Fowler).

L'examen histologique n'a porté que sur les masses énucléées.

OBS. V et VI (trad. pers.). — *Acné télangiectodes*. — KAPOSI. Sur quelques formes exceptionnelles d'acné (folliculites) (*Archiv für Derm. und Syph.*, 1894, p. 87 et seq.).

1^{er} CAS. — Homme robuste 48 ans présentant sur les joues, le front, les paupières inférieures et en diverses parties du corps une éruption constituée par des nodules (Knötchen), les uns aplatis, les autres surélevés, tantôt isolés, tantôt groupés de couleur rougeâtre et de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un petit pois.

Quelques-uns de ces nodules portaient à leur sommet une petite squame, d'autres une *pustulette* ou une croûte recouvrant une masse molle et pâteuse.

La plupart de ces nodules présentaient *une surface unie*, lisse, et pâlis-saient à la pression du doigt.

La profession du malade (métalpresser) éloignait toute idée d'éruption professionnelle. La cause de cette affection resta *tout à fait énigmatique*. Les nodules les plus anciens se laissaient *facilement énucler* en totalité avec une sonde cannelée ou une curette tranchante. Pris entre les doigts, ils s'écrasaient facilement en donnant l'impression d'un tissu lâche, vasculaire, jaune rougeâtre.

2^e Cas. — Femme, d'origine serbe, 40 ans, mariée, présentant un certain degré d'anémie et d'hystérie. Pas de maladies antérieures.

Son éruption était survenue 3 mois auparavant sous forme de nodules (Knœtchen) siégeant sur le visage. Elle était survenue *sans cause apparente* ; notamment sans l'intervention d'aucun médicament (ni iode, ni brome etc...) externe ou interne.

Tout le visage était parsemé de nombreux nodules, atteignant la grosseur d'un grain de chènevis ou d'un petit pois, de couleur tantôt rouge vif, tantôt et plus souvent rouge livide ou brunâtre. Ces nodules étaient, au dire de la malade très douloureux à la pression. Il semblait pourtant qu'il s'agissait plutôt ici, d'une hyperesthésie cutanée que d'une sensibilité spéciale à l'élément éruptif.

Au niveau de la région sourcilière, les éléments étaient serrés en groupes compacts. Leur coloration livide, la présence de nodules éruptifs brun-livides aux extrémités, la nationalité de la malade, tout cela faisait penser à la lèpre.

Sur le nez, sur le menton on trouvait des nodules folliculaires d'un rouge vif, acuminés, de la grosseur d'un grain de mil ou d'une tête d'épingle qui étaient évidemment des éléments à leur début. Les nodules plus anciens et plus gros portaient à leur sommet un commencement de fonte purulente, de sorte que l'affection pouvait être regardée comme une folliculite subaiguë avec formation de nodules de tissu jeune.

L'aspect de l'éruption au niveau du dos et des parties latérales des doigts, sur les avant-bras et les bras, aux genoux et aux cuisses, était encore plus déconcertant. Elle était constituée par des éléments éruptifs et des nodosités (Knoten) de la grosseur d'une lentille à celle d'un pfenning, de coloration rouge brun ou livide, nettement limitées, légèrement saillantes, et dont la surface était tantôt complètement lisse et mince tantôt recouverte en son centre d'un point hémorragique légèrement déprimé.

Cette éruption ressemblait en partie à une lèpre maculo-papuleuse au début, en partie à un érythème noueux, surtout eu égard au siège des éléments. Sur les doigts, on remarquait en outre des hémorragies punctiformes, et des éléments nécrotiques durs et bien limités, en même temps que des nodules aplatis avec dépression centrale ecchymotique, altérations ressemblant à des engelures ou au lupus érythémateux.

Pendant son séjour à la clinique, la malade présenta de nombreuses poussées d'éléments éruptifs tout à fait analogues aux précédents sur les extrémités inférieures, *sur le visage* et le cuir chevelu.

OBS. VII. — COLCOTT FOX. In mém. de PRINGLE sur l'angiokératome (*Brit. Journal of. Dermat.*, 1891, p. 242.

Jean B..., âgé de 16 ans, très pâle, d'aspect phthisique, a perdu l'annulaire de la main gauche et le gros orteil du pied droit, à la suite d'une affection osseuse. Ses mains et ses pieds présentent des altérations analogues à celles de ses sœurs. Chez lui on voyait aussi aux coudes et aux genoux une *éruption psoriasiforme*. Il existait de plus au-dessous et surtout au-dessus des articulations du coude, à la face de flexion, et aussi au cou, des cicatrices, restes d'anciens abcès. Aux membres, on voyait quelques *tumeurs sous-cutanées chroniques*, et je tiens à faire observer que je ne pouvais les considérer comme des gommes scrofuleuses des auteurs français. Le visage offrait un aspect plus remarquable encore. Il était si défiguré par la quantité et la confluence de ces tumeurs, ainsi que par une certaine teinte foncée due à un état congestif, qu'il ressemblait, d'extraordinaire façon, à un cas de *lèpre tuberculeuse*. Au moment où j'écris cette observation, toutes ces tumeurs ont complètement *disparu sans laisser aucune trace*. Les oreilles de l'enfant présentaient des cicatrices analogues à celles qu'on observe à la suite du lupus érythémateux de la maladie de Raynaud ou des engelures.

OBS. VIII (Trad. pers.). — *Hidradenitis destruens suppurativa*. — S. POLITZER. In *Monatshefte für Pratik. Derm.*, 1892, volume XIV, n° 4, page 129.

J... M..., 20 ans a toujours joui d'une bonne santé, abstaction faite des maladies de l'enfance.

Tempérament extraordinairement nerveux se traduisant quelquefois par des crises d'hystérie. Il est moyennement développé, mais ne paraît pas très robuste.

Le malade appartient à une famille composée de 6 membres qui jouissent tous d'une santé excellente.

M... n'a jamais souffert antérieurement d'aucune affection cutanée ; il n'a pas eu d'acné. Il paraît plus âgé qu'il n'est réellement et présente pour son âge, une barbe extraordinaire. — Pas de syphilis. — Pas de tuberculose.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires.

L'affection pour laquelle il vint consulter avait apparu quatre mois environ auparavant, sans raison connue et avait présenté dès le début les caractères particuliers qu'elle garda pendant toute son évolution.

L'éruption était localisée exclusivement à la face et au cou. Sur les joues, le menton, le bord inférieur de la mâchoire, les parties antérieures et latérales du cou, les épaules, se trouvaient disséminés une vingtaine d'éléments éruptifs à divers degrés de leur évolution, à savoir :

1° Des élevures cutanées, petites, arrondies, nodulaires, de la grosseur d'un pois, rougeâtres. Quelques-unes avaient un centre jaunâtre,

comme si elles contenaient du pus ; d'autres présentaient à leur surface, un revêtement épidermique qui, après éclatement, formait des collerettes concentriques.

2° A la partie centrale de quelques nodules, de petites croûtelles de couleur sâle, grisâtre.

3° Des cicatrices arrondies ou ovalaires et des macules pigmentées d'une largeur moyenne de un centimètre.

On pouvait en outre, par un palper minutieux, découvrir dans le *tissu cellulaire sous-cutané ou dans la partie profonde du derme*, de nombreux petits nodules, durs, arrondis ou ovalaires qui donnaient l'impression d'un petit grain de plomb enchassée dans la peau. Leur sensibilité à la pression était nulle, aussi l'affection ne déterminait-elle aucun symptôme subjectif, si ce n'est peut-être et accidentellement, un léger prurit.

En observant ces diverses lésions, pendant quelques semaines, on se rendait tout de suite compte des relations qu'elles présentaient entre elles. La néoplasie débutait par un nodule profondément situé que le malade découvrait *par hasard* en se tâtant et qui paraissait situé dans le tissu sous-dermique. Tout d'abord il n'y avait aucune participation de la peau à la lésion et aucune altération de sa surface. On pouvait facilement la faire rouler en tous sens et la presser au-dessus du nodule. Le volume de celui-ci augmentait progressivement et atteignait en 13 ou 14 jours, la grosseur d'un pois. A ce moment la tumeur était légèrement saillante, arrondie, et un peu sensible à la pression.

Puis les téguments, à la surface, rougissaient et parfois les lamelles épidermiques cédant à la pression de bas en haut s'exfoliaient. A ce moment, la néoformation avait envahi le derme et la peau ne se laissait plus mobiliser à sa surface. Lorsque la petite tumeur était arrivée à ce stade, sa partie moyenne devenait jaunâtre, comme s'il se passait dans son intérieur un processus suppuratif, puis l'épiderme s'ouvrait et laissait sortir par un ou plusieurs petits orifices, une ou deux gouttes d'un pus crémeux mélangé d'un peu de sang et parfois de quelques débris de tissu sphacélé. Quelquefois la sécrétion desséchée formait une croûte extrêmement adhérente et comme pénétrant dans les orifices précités. Au bout de quelques jours, cette croûte tombait d'elle-même pour laisser voir une surface rouge sombre, et pigmentée pendant plusieurs mois. Une cicatrice légèrement déprimée est l'aboutissant final de la lésion.

L'évolution complète d'un élément est de 4 semaines. Le nodule demande 12-14 jours pour atteindre la grosseur d'un pois. La suppuration et la formation de la croûte exigent 4 à 5 jours. La résorption de l'infiltrat et la formation de la cicatrice se fait en 2 semaines environ.

Cette évolution normale a présenté quelques exceptions :

Plusieurs nodules voisins sont arrivés à former une tumeur dure,

aplatie, de la forme et de la grosseur d'une amande (1 cent. $\frac{1}{2}$ sur 2 ou 3) qui finalement a donné lieu à une sécrétion purulente sortant par de nombreux petits orifices. Dans d'autres cas, des petites nodules profonds, restent abortifs stationnaires, de nombreux mois (2 sont restés tels plus d'un an).

C'est au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur et sous le menton que se trouvait le plus grand nombre des tumeurs. En ces régions les poils étaient très épais et on n'en trouvait aucun d'altéré ou de tombé et plus tard les poils repoussèrent sur les cicatrices de façon normale, preuve que la destruction des tissus n'avait pas intéressé le follicule pileux.

Le développement des nodules se faisait par poussées de 1 ou 2, 6 au plus, et les poussées successives se faisaient à intervalles irréguliers variant de quelques jours à quelques semaines, au point que pendant neuf mois que dura sa maladie, le malade ne fut à aucune époque indemne de lésions à des degrés quelconques de leur évolution. Pendant la plus grande partie du temps, on put observer ensemble tous les stades de l'affection depuis la formation des nodules sous-cutanés, jusqu'à la formation des cicatrices et des macules terminales. C'est vers le 4^e et le 5^e mois après son début, que l'affection parut atteindre son apogée. A cette époque, on ne remarquait sur le cou et le visage pas moins de 25 éléments à divers stades d'évolution. A partir de cette époque, l'affection procéda par petites poussées à de grands intervalles. Le dernier nodule qui atteignit son complet développement, se montra vers le huitième mois.

Les ganglions lymphatiques voisins n'étaient pas tuméfiés. Il n'y eut jamais d'élévation de température. Les urines examinées à diverses reprises, ne décelèrent jamais trace de sucre ou d'albumine.

Description et marche de l'affection. — Il suffit de comparer les observations que nous venons de citer, pour être convaincu, qu'il s'agit dans toutes, d'une affection présentant des caractères remarquablement semblables. La description donnée de l'acnitis par M. le Dr Barthélemy pourrait être rapportée ici et appliquée sans distinction au cas de Pick comme au cas de Pollitzer, aussi bien qu'à ceux de Kaposi et de Colcott Fox. Elle nous servira de guide.

L'élément éruptif consiste au début, en un petit *nodule* assez régulièrement arrondi, de la grosseur d'un grain de millet, occupant d'emblée le *tissu cellulaire sous-cutané* ou la partie tout à fait profonde du derme. Il augmente ensuite de volume pour atteindre en 10 à 14 jours, celui d'un pois qu'il dépasse rarement. En même

temps qu'il grossit, il se rapproche de la surface de la peau qui rougit, tandis que le contenu du nodule se ramollit. Il devient bientôt *fluctuant*, une pustulette se forme à sa surface qui s'ouvre et laisse échapper une ou deux gouttelettes de *pus* plus ou moins séreux par un ou plusieurs (Pollitzer) orifices ; quelquefois il s'élimine un véritable bourbillon (Pollitzer). La suppuration se tarit ordinairement en 4 ou 5 jours et donne naissance à une croûte brun-jaunâtre. La résorption de l'infiltrat se fait en 10 à 15 jours en sorte qu'au bout d'un mois en moyenne, lorsque la croûte est tombée, il ne reste à la place de l'élément qu'une *cicatrice plus ou moins large, déprimée* ordinairement, entourée d'une zone d'habitude fortement *pigmentée*.

Les éléments qui n'ont, au moins à la simple infection, *aucune connexion avec les follicules pilo-sébacés* (Barthélemy, Pick, Pollitzer), se laissent au début *facilement énucléer* en totalité (Barthélemy, Pick, Kaposi) en donnant une masse molle, jaunâtre et cireuse, comme glandulaire (Barthélemy).

Ordinairement isolés et *disséminés* sans former de groupes ou de placards, les éléments peuvent cependant, dans quelques régions, donner lieu par confluence à une petite tumeur anthracoïde (paupières, angle de la mâchoire, région de sourcil) s'ouvrant, au moment de l'évacuation de son contenu, par un nombre variable de petits orifices.

Le début de l'éruption se fait toujours *par la face*, où elle reste d'abord localisée pendant un temps assez court. Ensuite, elle se dissémine en suivant une *marche descendante*, envahissant le cou, notamment ses parties latérales, le tronc, les extrémités (avant-bras, doigts, orteils). Elle peut ne pas dépasser le niveau des épaules (Pollitzer). Il arrive aussi quelquefois qu'un nodule peut apparaître presque en même temps que ceux de la face d'une autre région (Barthélemy).

L'éruption procède par *poussées successives, subintrantes*, chacune d'un petit nombre d'éléments (1 à 6, Pollitzer ; 12 à 15, Barthélemy). C'est vers le troisième mois (Barthélemy, Kaposi), vers le quatrième ou le cinquième (Pollitzer, Pick) que l'éruption paraît

atteindre son apogée. La face où elle est toujours et de beaucoup prédominante, présente alors l'aspect d'une éruption d'acné ou de *variole* de moyenne intensité (Barthélemy, Pick) ou celui d'une *lèpre tuberculeuse* à son début (C. Fox, Kaposi) à cause surtout de la teinte rouge-livide, congestive de la peau qui recouvre les nodules moins profonds ici que dans les autres régions.

A partir du cinquième mois, en moyenne, les poussées s'espacent, sont moins abondantes, formées de nodules plus petits et moins profonds, s'arrêtant fréquemment dans leur évolution pour demeurer stationnaires un temps variable, puis disparaître par répression lente en laissant à leur surface une *macule* plus ou moins pigmentée, où la peau desquame (1) (Barthélemy, Kaposi). Barthélemy et Pollitzer indiquent le premier 12 mois, le second 9 mois comme durée de l'affection ; il faut reconnaître que le cas de Pollitzer était plus léger que ceux de Barthélemy. Deux malades revus par M. Barthélemy huit ans après leur première éruption, n'en avait plus présenté aucune depuis leur guérison (2).

Les symptômes subjectifs sont nuls, sauf un peu de prurit dans le cas de Pollitzer. Dans le 2^e cas de Kaposi, la malade prétendait souffrir, mais elle était hystérique et Kaposi pense qu'il s'agissait plutôt d'une hyperesthésie cutanée. C'est en se palpant (Barthélemy, Pollitzer) que les malades s'aperçoivent des nouveaux nodules qui forment, sous la peau, comme des grains de plomb (Pollitzer, Barthélemy) roulant en tous sens. Cette mobilité diminue avec l'âge du nodule et avec celui de l'éruption.

Résumé des caractères cliniques. — 1^o Début et prédominance faciale ;

2^o Sièges toujours profonds des éléments ;

(1) Dans le cas de Colcott Fox, l'éruption avait même disparu complètement sans laisser de traces.

(2) Il ne peut être ici vraiment question de durée de l'affection, le vrai mot serait durée de la poussée éruptive. Si l'on fait exception, en effet, pour les affections traumatiques et les maladies parasitaires c'est-à-dire par inoculations externes, il ne saurait y avoir, au sens propre du mot, de maladies de peau. Ce que l'on décrit comme telles, ne sont que des symptômes passagers ou permanents, récidivant ou non, liés à des infections ou à des intoxications également passagères ou permanentes.

- 3° Marche descendante de l'éruption ;
- 4° Dissémination sans groupement ;
- 5° Evolution par poussées subintrantes d'un petit nombre de nodules ;
- 6° Aucun rapport apparent avec l'appareil pilo-sébacé.

B. — Groupe Folliculis.

C'est le premier qui paraît avoir été différencié (Hutchinson, 1879). Quoique peu fréquent, il est cependant moins rare que le précédent.

Comme lui il a été décrit sous des noms multiples, tels que :

Psoriasis scrofuleux (HUTCHINSON, 1879) ;

Lupus érythémateux disséminé (BOECK, 1880) ;

Folliculites disséminées des parties glabres à tendances cicatricielles (BROcq, 1890) ;

Folliculis (BARTHÉLÉMY, 1891) ;

Acné varioliforme des extrémités (BRONSON, 1891) ;

Hidrosadénites disséminées suppuratives (DUBREUILH, 1893) ;

Granulome innominé (TENNESON, LEREDDE et MARTINET, 1896) ;

Engelures nécrosiques (ALLEN, *New-York Derm. Society*, 1897), etc...

Bien qu'Hutchinson l'ait signalé nettement dans ses *Leçons sur le lupus érythémateux* (1879), c'est au Professeur Boeck que revient l'honneur d'en avoir donné la première description d'en-semble.

Voici comment s'exprimait à son sujet, le professeur norvégien (1) :

« Il se forme rapidement une tache d'un rouge vif, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis qui, en l'espace d'un à deux jours, proémine au-dessus du niveau de la peau et se délimite nettement des parties voisines. Par une observation minutieuse, on voit, dans les premiers jours qui suivent

(1) Traduct. Pers. In *Vierteljahrschrift*, 1880, p. 58 In *Monatshefte*, décembre 1896, p. 618 (Spiegel).

la formation de l'élément, son centre prendre une teinte livide, bleuâtre, distincte de la coloration rouge-vif de la périphérie ; c'est au point que sa portion centrale, rappelle au premier abord, à la paume des mains, une éruption bulleuse. L'élément éruptif présente une surface arrondie régulière, à revêtement épidermique lisse, tendu, transparent. Malgré de nombreux examens, soit à la loupe, soit à l'œil nu, je n'ai jamais pu découvrir à sa surface la moindre trace de dépression folliculaire ou d'orifice. Après un ou plusieurs jours d'état stationnaire, les papules peuvent présenter diverses évolutions. Quand le processus inflammatoire ou éruptif est arrivé à son apogée, la papule s'affaisse en même temps que l'épiderme se flétrit et desquame à sa surface. Au centre de l'élément se forme une squame qui s'enfonce dans sa profondeur à la manière d'un bouchon ou d'une pointe et qui peut ainsi rester longtemps en place sans être expulsée, même après que l'élément éruptif paraît avoir totalement disparu. Si, au contraire, le processus inflammatoire augmente d'intensité, il peut se former une nécrose superficielle et un foyer purulent qui peut envahir progressivement la plus grande partie de l'élément et lui donner une très grande ressemblance avec une pustule d'acné. Finalement ce foyer se dessèche et il se forme une croûte qui se prolonge dans la profondeur et est très solidement adhérente, au point qu'elle ne tombe souvent que lorsque l'efflorescence a presque complètement disparu. »

Si l'on se reporte à la description que donne le D^r Brocq (1) dans son excellent livre et à celle du D^r Barthélemy (2), que nous ne jugeons pas utiles de citer ici, on n'aura pas de peine à se convaincre qu'il s'agit bien dans les trois cas d'une même affection. Les observations suivantes d'Hutchinson que nous donnons ci-dessous, ainsi que celle de Bronson que l'on trouvera à la fin de notre thèse, lui appartiennent également.

(1) BROCC, *Traitement des mal. de la peau*, Paris, 1890. Art. Folliculites disséminées des parties glabres, etc.

(2) BARTHÉLEMY, DARIER, JACQUET, DE ST-GERMAIN, Acnitis et folliculis in *Annal de Derm. et Syph.*, janvier 1891, obs. IV.

OBS. IX. — HUTCHINSON, *Lectures on clinical Surgery*, 1879, p. 298-299 (volume I).

Ph. H..., 12 ans, cheveux et yeux bruns, est un enfant délicat et *sujet à contracter de mauvaises toux*. Il a le teint floride et ses joues présentent un certain degré de couperose. A la région sous-maxillaire droite, il porte une *cicatrice (ulcère scrofuleux)*. Autrefois il a eu un « très mauvais orteil » (engelures ?).

Le grand-père du malade a été atteint d'une éruption qui a été considérée comme un psoriasis.

L'éruption de Ph. H..., analogue à celle d'Elisabeth S..., consiste en *papules, pustules, pustules abortives et efflorescences papuleuses confluentes* comme celles du lupus. Elle siège aux mains, à la *face postérieure des avant-bras*, autour des *coudes*, aux *oreilles*, peu sur la figure. Aux jambes et aux pieds, on voit quelques éléments éruptifs qui existent aussi épars sur le tronc.

Les oreilles du malade sont très congestionnées et couvertes de nombreuses et très petites papules semi-transparentes et légèrement squameuses. Les efflorescences des coudes sont les plus étendues et les plus ressemblantes au lupus.

Les *bords cubitaux* des faces postérieures des avant-bras sont couvertes de *cicatrices très superficielles*, mais quelquefois très étendues. Il existe aussi quelques petites cicatrices minces au devant du tibia et des genoux.

Dans les *paumes* des mains, il y a quelques efflorescences rouges, *fait qui infirme l'hypothèse que la lésion siège uniquement dans les glandes sébacées*.

OBS. X. — HUTCHINSON, *Lectures on clinical Surgery*, 1879, p. 279 (volume I).

Jeune femme, délicate, avec de grosses masses cervicales ganglionnaires.

L'éruption analogue à celle de Ph. H... et de Elis. S... occupe également les mains, les bras et les oreilles. Elle siège *aux points classiques du psoriasis*, et elle est constituée à la pointe des coudes par de larges taches. Elle persiste longtemps, s'ulcère lentement et laisse des cicatrices.

OBS. XI. — HUTCHINSON, *loc. cit.*, p. 370.

Elisabeth S..., 26 ans, célibataire, domestique.

Née en Australie, la malade a toujours joui là-bas d'une bonne santé, sauf qu'elle était *sujette aux rhumes, l'hiver*.

Le climat australien étant très chaud, elle n'a jamais eu d'engelures. Partie de l'Australie à la fin de l'été 1868, elle arriva en Angleterre, au début de l'été 1869 après avoir passé l'hiver sur les mers des Tropiques. Pendant le premier hiver qu'elle passa en Angleterre, elle présenta une

« *légère inflammation des poumons* » à la suite de laquelle la maladie présente apparut. L'hiver suivant, la malade fut atteinte de *rhumatisme*. Depuis que l'éruption a apparu pour la première fois, la malade n'a jamais pu s'en débarrasser entièrement ; elle *s'améliore l'été, pour récidiver et empirer l'hiver* en s'accompagnant de tuméfaction des mains. Constipation habituelle. *Pieds froids* habituellement. Sujette aux migraines.

Eruption. — Les pieds, les jambes, les mains, les avant-bras sont couverts de pustules sombres. *Sur les doigts* en de nombreux endroits les pustules deviennent *confluentes*, forment des plaques et sont accompagnées d'une *notable tuméfaction de teinte presque livide*. La quantité de pus sécrétée est très petite ; les squames et les croûtes sont peu nombreuses ; quelques-uns des éléments sont plutôt lichénoïdes que pustuleux. Il en existe un petit nombre à la paume des mains et entre les doigts on remarque une certaine quantité de vésicules abortives. La guérison se fait par des cicatrices blanchâtres. *Les mains sont plus atteintes* que les pieds. La malade dit avoir quelques éléments éruptifs épars sur le corps ; depuis un mois ou deux, l'éruption est apparue en assez grande abondance sur la face, surtout sur le nez. D'après la malade, l'éruption passe du rouge au bleu. Quand les papules sont rouges, elles sont le siège de démangeaisons et de cuisson.

Description et marche de l'affection. — Variétés. — D'après la description et les observations publiées, l'élément éruptif consiste ici en une *papule aplatie*, se développant plus ou moins profondément dans le derme où elle s'enchâsse comme un grain de plomb. Cette papule qui n'affecte aucun rapport, au moins apparent avec les follicules pilo-sébacés présente au bout de quelques jours à sa surface une vésicule ou une pustulette qui se dessèchent pour former une squame ou une croûte adhérente au-dessous de laquelle se trouve une *ulcération* ordinairement peu large, mais profonde et *creusée en goulot* dans l'élément éruptif. Elle donne lieu au bout d'un temps variable à une cicatrice d'abord violacée, rougâtre, plane, qui se déprime de plus en plus et blanchit dans la suite. Elle peut quelquefois s'entourer comme dans le groupe précédent d'une zone ou d'un liseré pigmenté (Barthélemy) temporaire. L'évolution complète de l'élément dure ordinairement 3 à 4 semaines, quelquefois beaucoup plus et ressemble en petit à celle de l'Acnitis, mais ce n'est pas d'ailleurs dans les caractères propres à l'élément que siège la différenciation mais dans les suivants.

Le début de l'éruption, au lieu de se faire par la face (oreilles exceptées), comme cela a toujours lieu dans le groupe précédent, se fait toujours soit par l'*extrémité des membres*, ce qui est le cas le plus fréquent, soit par une des autres régions qui sont, comme les mains et les pieds, le siège des phénomènes d'asphyxie locale (oreilles, coudes, genoux). Elle prend en ces régions l'*aspect de l'engelure (érythème Pernio) ou du lupus Pernio*, et les cicatrices qui résultent de l'évolution des lésions sont absolument semblables à celles que laisse à sa suite le lupus érythémateux. Aux oreilles principalement, les bords de l'hélix sont déchiquetés, recroquevillés, sillonnés. La plupart des observateurs ont rapporté ce fait. « Je mets au défi, dit M. le Dr Brocq (1), à propos d'un cas qui cependant n'est pas pour nous, une forme typique de folliclis, qui-conque ne verrait que ces lésions (cicatrices du cuir chevelu) de faire un autre diagnostic que celui de lupus érythémateux. » C'est toujours en ces régions (mains, pieds, oreilles) que les éléments éruptifs sont le plus nombreux. Ils s'y localisent même quelquefois pendant des années, formant ainsi une *variété régionale de la folliclis* (Darier).

Voici quelques exemples de cette variété :

Obs. XII. — *Tuberculides régionales du type folliclis*. — DARIER (Ann. Derm., 1896, p. 1431).

V..., homme de 32 ans ; a eu un frère mort de méningite ; a été atteint à 15 ans d'une *pleurésie* qui a duré une année ; depuis lors, *tousse toujours et s'enrhume facilement*. Au sommet gauche, *respiration saccadée*, expiration prolongée. Il y a 7 ans, a eu un chancre qui, quoique non traité, n'a été suivi d'aucun accident spécifique.

Depuis son enfance, il a eu chaque hiver des engelures aux mains ; ses extrémités sont *habituellement cyanosées et algides*. Depuis ces cinq dernières années, il voit, au commencement de l'hiver, sur la face dorsale des mains et des doigts, apparaître de petits nodules sous-dermiques, indolents, qui deviennent acuminés, ulcèrent la peau et laissent écouler une gouttelette de pus. Il subsiste longtemps des taches qui disparaissent en été.

Cette année, l'éruption a débuté il y 2 mois par un nodule à la base de l'auriculaire gauche ; actuellement encore, il y a en ce point une

(1) *Annales Dermatol.*, janvier 1897, p. 60, Nouveau cas pour servir, etc...

surface violacée, un peu indurée, surmontée d'une croûte ; le pourtour desquame. Successivement, il en a apparu une quinzaine d'autres qu'on retrouve sur les doigts et les mains sous forme de nodules intra-dermiques profonds ou de papules rosées ; quelques-unes présentent en outre un point purulent ou une ulcération putéiforme. Leur évolution est donc extrêmement lente et dure pour chacun plusieurs mois.

OBS. XIII. — HALLOPEAU, *Ann. Derm.*, déc. 1896, p. 1429 et MALHERBE et MONNIER, *Presse Méd.*, 1898, n° 67.

Mme P..., 38 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans probablement de phthisie pulmonaire.

Antécédents personnels. — Variole. Trois enfants ; un mort de méningite tuberculeuse. Un bien portant, le 3^e atteint de cyanose permanente.

Une nièce, restée longtemps chez elle, est morte de phthisie pulmonaire.

La malade a été atteinte, il y a 3 ans, au devant l'aisselle droite, d'un abcès que l'on a incisé et qui a duré 3 mois : on en voit la cicatrice.

Elle est atteinte depuis 5 à 6 ans d'un eczéma de la lèvre supérieure presque guéri.

Eruption. — Apparue il y a 8 ans à la suite de grands chagrins. Tous les hivers, la malade a des engelures et même parfois elle ne peut se servir de sa main.

L'affection actuelle revient tous les hivers, et notamment en général avec les premiers froids

Il existe une *asphyxie locale des extrémités*.

A la main droite, c'est surtout l'index qui est atteint, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne : on y trouve de tout petits nodules intra-dermiques ; et à côté de gros nodules, présentant dans leur partie centrale, soit une croûte, soit une dépression cupuliforme par suite de l'ouverture de la pustulette. Sur les autres doigts, on voit les mêmes éléments aux différents âges.

Au petit doigt de la main gauche, petit nodule avec vésicule au centre. Sur la face dorsale du doigt, cicatrices blanches.

Un nodule à la face palmaire du médius.

Beaucoup d'éléments avorteraient.

L'an dernier, la malade a eu une poussée des mêmes éléments sur les pieds ; actuellement, il n'y a qu'un seul nodule sur le petit orteil gauche.

L'examen des poumons révèle au *sommet droit*, surtout en avant, une inspiration rude avec expiration prolongée.

Cette malade a été revue en novembre 1897 par MM. Monnier et Malherbes (de Nantes). L'éruption ne siégeait qu'aux mains. Quelques-

uns de ces éléments avaient donné lieu à des *ulcérations* atones et difficiles à cicatriser, peut-être dues à des traumatismes accidentels.

En février 1898, éruption confluyente de la *nuque* (douleur vive).

En juin 1898, éruption qui disparaissait l'été, persiste.

L'état général se conserve bon, bien qu'il y ait manifestement une lésion tuberculeuse au sommet droit (1^{er} degré).

OBS. XIV. — MONNIER et MALHERBE, *loc. cit.*

Jules Ch..., 28 ans, vient consulter pour des lésions des mains ressemblant à des engelures.

Antécédents personnels. — Syphilis. Divers accidents secondaires jusqu'en décembre 1896.

Etat actuel. — Début de l'éruption en septembre 1897.

Mains ordinairement froides et engourdies. *Asphyxie locale*. Transpirant facilement et abondamment l'été, engelures l'hiver.

Début par des papules rouges sur le dos des mains et des doigts, de plus en plus superficielles et de moins en moins douloureuses, qui se ramollissent et forment pustules. Poussées successives.

Poumons. — Induration et craquement aux deux sommets.

Forme disséminée lente. — Quand l'éruption se généralise, elle suit la plupart du temps, assez exactement les *faces d'extension des membres* (face postérieure de l'avant-bras, bord cubital postérieure surtout, face postérieure du bras, épaules, mollets, fesses, face antérieure des cuisses, nuque) et y siège de préférence au niveau du *dos des articulations* (olécrâne, rotule). Elle peut arriver dans la suite, à envahir la plus grande partie du corps, mais *prédomine toujours en ces points*. Fréquemment aussi, elle occupe les régions palmaire et plantaire. La face elle-même n'est pas respectée, mais elle n'est atteinte, dans la grande majorité des cas, qu'au bout de plusieurs années (Barthélemy, Dubreuilh, etc...).

Cette marche *ascendante* de l'affection est en effet extrêmement lente ; elle procède par *poussées* d'un très petit nombre d'éléments, poussées qui se font suivant des modes différents, dont les principaux sont les suivants :

1^o Type à poussées continues, subintrantes ;

2^o Type rémittent ;

3^o Type intermittent ;

4^o Types irréguliers.

1^o Le TYPE A POUSSÉES CONTINUELLES, subintrantes, ne diffère pas de celui que nous venons de décrire.

2° Le TYPE RÉMITTENT est caractérisé par des poussées continues avec *exacerbations* plus ou moins marquées soit *saisonnières* (Hutchinson, Dubreuilh), soit *menstruelles* (Dubreuilh, Balzer).

3° Le TYPE INTERMITTENT présente des variétés remarquables.

a) L'éruption peut se faire 2 fois par an ; elle est *bisannuelle* les deux premiers cas de Boeck (1880) se rapportent à cette variété ; chez ces malades, les lésions se montraient au printemps et à l'automne.

b) L'éruption peut être simplement *annuelle* : alors elle apparaît tantôt l'*été* (Tanvet), tantôt l'*hiver* (Hallopeau, Monnier et Malherbe, Darier), tantôt au *printemps* (Hallopeau). En général l'éruption est bien réglée.

c) Dans la dernière variété, qui ne comprend qu'un seul cas, celui de Beauprez (Th. 1898), l'éruption avait lieu *tous les deux ans en hiver*, depuis 10 ans.

4° TYPES IRRÉGULIERS. — Ils sont nombreux ; l'éruption peut avoir été d'emblée irrégulière ou avoir été réglée d'abord et s'être dérégulée. Dans un cas de MM. Balzer et Leroy (*Ann. dermat.*, juin 1898), la première éruption avait été séparée de la seconde, par un intervalle de *sept ans*, tandis que trois mois seulement, séparaient la deuxième de la troisième.

Chaque poussée intermittente dure de 6 semaines à quatre mois ; cela dépend peut-être des *conditions atmosphériques*. Les *sueurs profuses* (Tanvet), les *époques menstruelles* (Danlos) et surtout l'*état acro-asphyxique* (cyanose, engelures) ont certainement des relations intimes avec l'apparition des poussées éruptives. Dans sa thèse inaugurale, le Dr Beauprez a cru pouvoir affirmer que chez les acro-asphyxiques, les poussées avaient lieu de préférence l'hiver et que, chez les autres malades, elles survenaient plutôt l'été. Il nous a paru que cette remarque était vraie en général, mais qu'en ce qui concerne l'acro-asphyxie, elle ne s'appliquait nettement qu'à la forme régionale de la folliculite. Quand l'éruption se généralise, elle se dérègle (1).

(1) Pour nous, ces poussées dépendent d'une augmentation (saisonnière, atmosphérique, etc...) de virulence du bacille de Koch, ou d'une réinfection par cet agent. L'éruption qui se généralise ne se dérègle que parce que l'infection, de temporaire, devient permanente et progressive.

Formes aiguës, rares. — A côté des formes précédentes (régionale et disséminée lente) qui sont les formes ordinaires, il existe des formes rares, à marche rapide où les poussées se produisent *coup sur coup*, où l'éruption envahit, en un temps très court, la plus grande partie du corps, tout en prédominant toujours aux régions de prédilection. Ces formes qui se rapprochent du type suivant, par leur dissémination, par leur tendance manifeste à former des groupes, des trainées, des placards, par leur superficialité, par le petit volume de l'élément éruptif (miliaire), coexistent d'habitude avec l'*exacerbation ou l'apparition d'un mauvais état général*; elles persistent et disparaissent avec lui. L'observation suivante est un bel exemple de ces formes: Elle est empruntée au travail du professeur Boeck.

Obs. XV (résumée). — C. BØECK (Les exanthèmes de la tuberculose. *Archiv. für Derm. et Syph.*, 1898).

Mlle K. . . , 20 ans.

Antécédents personnels. — Scrofulo-tuberculose dès le 1^{er} âge (maladie d'yeux, taies de la cornée gauche).

Adénopathies cervicales gauches persistantes.

Etat actuel. — La maladie s'est développée en 14 jours.

Sur les 2 joues, il existe une quantité de papules irrégulièrement rassemblées en des points symétriques; beaucoup sont recouvertes de croûtelles. Leur périphérie a une zone érythémateuse; le visage est oedématié.

Le nez, le front, les oreilles, les seins, le dos et les bras sur leur face d'extension sont le siège de nombreuses papules. Il en existe aussi sur le dos et la paume des mains et à la face dorsale des doigts. Ici les papules sont entremêlées de papulo-vésicules et de cicatrices blanches.

Le 29 février. — Cette malade fait une nouvelle poussée éruptive généralisée, accompagnée d'un état fébrile et d'un mauvais état général (signes d'embarras gastrique). Pendant les mois suivants, *persistance d'un léger état fébrile, et nombreuses poussées éruptives*.

En août, signes nets de tuberculose du sommet gauche, traces d'albumine dans l'urine.

Quelques semaines plus tard *perte de connaissance et mort*.

L'autopsie montre de la *tuberculose miliaire généralisée* (poumons, rate etc...).

Formes de passage. — En outre des formes que nous venons de citer, on pourrait décrire un certain nombre de variétés de fol-

liclis, tenant particulièrement à la situation et au volume des éléments. Nous pensons que c'est là un caractère tout à fait secondaire, et qu'on peut rencontrer aussi bien dans le premier groupe que nous avons admis, que dans le second, des éléments éruptifs profonds, hypodermiques, et des éléments intra-dermiques, plus superficiels. Le cas intéressant de Spiegel, que l'on trouvera à la fin de notre thèse, parmi les observations, en est un exemple. Il se rattache en effet à l'acnitis par sa dissémination, la situation, la forme et la lenteur d'évolution des éléments éruptifs, tandis que son début et sa marche chronique, n'en font pour nous, qu'une variété particulière de folliclis. C'est un des nombreux faits de passage que l'on peut rencontrer dans les deux groupes. Nous pourrions également citer comme fait de passage, le cas que MM. Hallopeau et Bureau ont décrit sous le nom de tuberculides acnéiformes et nécrotiques (janvier 1897, *Annales dermat. et syph.*), ceux de MM. Brocq et Thibierge rapportés dans la même séance de la Société de dermatologie ; seulement ces faits de passage rattachent la folliclis non plus à l'acnitis, mais au groupe suivant :

Résumé des principaux caractères du groupe. — Formes communes :

- 1° Début extra-facial et respect au moins relatif de la face ;
- 2° Prédominance constante aux extrémités ;
- 3° Généralisation lente et chronique ;
- 4° Localisation fréquente, quelquefois pendant des années, en une région (acro-asphyxie) ;
- 5° Aucun rapport évident avec l'appareil pilo-sébacé ;
- 6° Éléments éruptifs en général, mais non constamment, intra-dermiques, non acuminés.

L'ombilication, donnée par M. Barthélemy, comme caractère, se trouve dans tous les groupes.

C. — Groupe miliaire ou lichénoïde.

Nous comprenons dans ce troisième groupe, les affections qui ont été désignées par les dermatologistes anglais surtout, sous

les noms d'*acne scrofulosorum*, de *scrofulide acnéiforme*, de *scrofulides à petites pustules*, etc. (Crocker, Colcott Fox, Pringle, Gallo-way, Morris, etc...). — Par les auteurs français sous ceux de *folliculitis scrofulosorum* (Du Castel), de *folliculites miliaires ou disséminées* (Thibierge), de *folliculites suppuratives isolées ou en placards* (Hallopeau). — Par Hebra et par Kaposi sous la dénomination d'*acné des cachectiques*.

Nous avons donné à ce groupe, le nom de lichénoïde pour rappeler sa parenté étroite avec le lichen des scrofulieux typique, que l'on pourrait encore appeler *folliculite pilo-sébacée tuberculeuse sèche et en placards*, ou mieux *tuberculose cutanée papuleuse* (Gaucher).

Il est difficile de faire de ce groupe une description d'ensemble, aussi nous contentons-nous d'exposer ici les caractères principaux qui lient entre eux les différents types ou variétés dont il se compose.

Caractères cliniques principaux. — 1^o Relations extrêmement fréquentes, mais non constantes des éléments éruptifs avec le follicule pilo-sébacé.

2^o Apparition et dissémination rapides de l'éruption qui peut, en quelques jours, se constituer sur tout un segment de membre et envahir dans un bref délai, la plus grande partie du corps.

3^o Tendance ordinaire des éléments à former des *groupes*, des *placards*, quelquefois confluents en de véritables *bourrelets* (Hallopeau).

4^o Production fréquente d'*exulcérations* ou même d'*ulcérations* véritables, guérissant en général rapidement, et formées par la rupture des pustules des éléments confluents, au moins dans l'immense majorité des cas.

5^o *Respect ordinaire*, mais non constant, des extrémités des membres (mains, pieds et surtout orteils et doigts) ou tout au moins rareté exceptionnelle de localisation de l'éruption en ces régions, d'où absence de rapports évidents avec l'acro-asphyxie.

A ces caractères principaux, on peut ajouter encore les caractères suivants :

6° *Elément éruptif* ordinairement *petit*, superficiel, *non infiltré*, et acuminé.

7° *Polymorphisme de l'éruption* au cours d'une même poussée (papule, pustule et modifications de la pustule et de la papule, éléments isolés et groupés, placards, exulcérations).

8° *Prédominance* assez marquée de l'éruption pour les *membres inférieurs* et en général pour la face d'extension des membres, la partie inférieure de l'*abdomen*, le dos. La *face* est également fort souvent prise, quelquefois dès le début.

Le *début* de l'éruption se fait ordinairement sur la continuité des membres ou sur le tronc, quelquefois autour ou à peu de distance d'un foyer de tuberculose cutanée ou ganglionnaire ouvert, fait qui rapproche encore ce groupe du lichen scrofulosorum (Hallopeau). La généralisation se fait ensuite assez rapidement. L'évolution de l'élément éruptif n'a rien de spécial, sauf la formation fréquente de *squames*.

Les *cicatrices* qui succèdent à l'éruption sont, vu le petit volume ordinaire et le siège superficiel de l'élément, étroites, minces, planes, peu ou pas pigmentées ; quelquefois, surtout quand la papule ne suppure pas, il ne reste à la peau qu'une *simple macule* rosée ou brunâtre qui ne tarde pas à disparaître. Quand les éléments sont *confluents* ou suppurés, ils peuvent donner lieu à des *surfaces cicatricielles* plus ou moins larges, lisses, violacées, à liseré brunâtre, plus ou moins déprimées, *absolument analogues* à celles que laissent les gommes cutanées. Si les éléments, au lieu d'être confluents, ne sont que *cohérents*, ils laissent à leur place, des petites cicatrices tangentes les unes aux autres, d'autres fois plus ou moins confondues par leurs centres, tandis que leur périphérie est *polycyclique*, *herpétiforme*.

L'évolution de l'affection a lieu par *poussées*, en général d'un nombre assez grand d'éléments ; tantôt la poussée se fait presque d'un *seul coup* ou en quelques jours, tantôt elle se compose de plusieurs *petites poussées*, d'éléments en groupes, et l'éruption n'est constituée pleinement qu'au bout de quelques semaines.

L'éruption une fois constituée, reste un temps variable station-

naire, puis elle décroît et disparaît, ne laissant aux points qu'elle a occupés que des cicatrices ou des macules. Sa disparition n'est ordinairement que passagère, car il se produit assez fréquemment pendant les intervalles de calme, sur diverses parties du corps, de *petites poussées extrêmement discrètes* (3 ou 4 éléments) dont les malades ne s'aperçoivent ordinairement pas (obs. inédite); ces petites poussées précèdent très probablement une nouvelle poussée vraie plus ou moins généralisée (1).

Nous n'avons pas rencontré dans les observations que nous avons eues sous les yeux, de relations des poussées avec les époques menstruelles, non plus qu'avec les saisons; cependant dans un cas, celui du Dr Stanley que l'on trouvera plus loin, l'éruption apparaissait au *printemps* tous les ans, depuis 14 ans.

Types et variétés d'éruptions appartenant à ce groupe (2). — On peut, croyons-nous, distinguer, dans le groupe lichénoïde, quatre types d'éruptions, pouvant s'observer isolément, ou plus ou moins associés. Ces types sont basés : 1° Sur l'évolution de l'élément éruptif ;

2° Sur leur groupement ou leur dissémination ;

3° Sur l'état général des malades chez lesquels ils se présentent (3).

PREMIER TYPE OU TYPE PAPULO-SQUAMEUX. — Le Dr Lefebvre en fait, peut-être avec raison, du lichen scrofulosorum. C'en est en tous cas, une variété très particulière; le nom de lichen scrofulosorum est encore réservé à la forme papuleuse en placards, à prédominance sur le tronc. Quoi qu'il en soit, ce type papulo-squameux est au moins l'intermédiaire clinique du lichen scrofulosorum et du type suivant. Voici une observation de ce type.

(1) Il y a, en règle générale, des rapports *évidents* entre les poussées éruptives et des poussées de tuberculose ganglionnaire (hypertrophie ganglionnaire, suppuration, etc.).

(2) Nous pensons qu'il vaut mieux donner des exemples caractéristiques de chaque type, que d'en faire une description, qui serait forcément moins complète et moins claire.

(3) Voir au chapitre V.

OBS. XVI (résumée). — Thèse du Dr LEFEBVRE (obs. n° 2).

M..., garçon de 4 ans, entre à la clinique le 18 mai 1896, pour une éruption disséminée aux membres et à la face.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Père mort (?), 4 enfants bien portants.

Etat actuel et antécédents personnels. — L'enfant a marché à 1 an. Elevé au sein.

Depuis 6 mois, adénopathies sous-maxillaires gauches et rétro-sternomastoïdiennes (petits ganglions).

Depuis 1 mois, *toux*.

Depuis 2 mois, éruption qui a débuté par les bras, puis a gagné les jambes et enfin la face.

Enfant gras, à teint coloré, état général bon.

Eruption. — Aux 2 membres supérieurs, du côté de l'extension, existe une série de papules du volume d'un grain de chènevis ou de millet, les unes blanc rosées, les autres cuivrées, légèrement squameuses, d'autres enfin recouvertes d'un petit chapeau épidermique formant croûtelette jaunâtre.

Au niveau du dos de la main, les papules plus rares ont un aspect blanc lisse.

Elles forment deux zones principales : une à la partie postérieure et au tiers moyen du bras, l'autre également à la partie postérieure, mais au tiers inférieur de l'avant-bras. A ce niveau, les éléments tendent à être *confluents*.

Aux membres inférieurs, papules en avant sur les cuisses, en avant et en arrière aux jambes, mais plus discrètes, avec des éléments semblables à ceux des membres supérieurs.

A la face, quelques éléments papuleux à peine visibles.

Le petit malade est traité à l'arsenic (Fowler).

1^{er} juin. — Eruption affaissée en partie.

20. — Sortie, état très amélioré.

Depuis, santé satisfaisante.

DEUXIÈME TYPE OU TYPE PAPULO-PUSTULEUX A PETITS ÉLÉMENTS. — C'est l'*acné scrofulosorum* ou la *scrofulide pustuleuse* des dermatologistes anglais. Cette forme ne correspond en rien à l'*acné scrofulosorum* de Bazin, qui n'est qu'une variété de l'*acné* ordinaire (grosse acné). Voici trois observations de ce type : l'une est du Dr Du Castel (*Folliculitis scrofulosorum*) et a été continuée par le Dr Beauprez, dans la thèse duquel elle figure ; l'autre, inédite, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Gaucher ; la troisième, très inté-

ressante au point de vue étiologie et évolution des éléments, est tirée du *British Journal of Dermatology*.

OBS. XVII (en partie résumée), 1^{re} partie, Du CASTEL (In *Ann. dermat. et syph.*, 1896, p. 520); 2^e partie, BEAUPREZ (Thèse 1898, obs. XXII).

Jeune fille, 17 ans..., entrée le 18 mars 1896.

Antécédents héréditaires. — Rien de précis sauf 7 enfants morts sur 12.

Antécédents personnels. — Régée à 16 ans 1/2; fièvre typhoïde à 12. ans; il ya 6 mois, érysipèle et scarlatine.

Depuis l'âge de 14 ans, adénopathies cervicales dont plusieurs ont suppuré.

En août 1895, début de l'éruption actuelle; elle s'est constituée en 3 ou 4 jours sur les jambes et était formée par de petits boutons rouges, quelques-uns surmontés d'un point blanc, remplacé après ouverture par une petite écaille.

Actuellement, adénopathies sous-maxillaires, sous-mentales; les régions sont recouvertes de cicatrices chéloïdiennes et de gommes tuberculeuses cutanées; à droite une fistule suppure encore.

Eruption. Membres supérieurs, face postérieure, du poignet à l'épaule.

1^{re} taches arrondies et violacées dues à des lésions éteintes.

2^e papules de la grosseur d'un grain de millet, quelques-unes surmontées de croûtelles ou entourées d'une petite collerette.

3^e cicatricules petites, blanches, déprimées.

Membres inférieurs, éléments analogues disséminés sur la face postérieure externe ou en petits groupes, des chevilles aux fesses incluses.

La face et le reste du corps sont indemnes.

T. . entre le 18 mars 1898 à l'hôpital Broca, service du Dr Brocq. Depuis sa sortie de l'hôpital Saint-Louis, son éruption a persisté, moins fortement cependant, au point que, pendant 6 mois, elle a pu se croire guérie.

Mais en avril 1897, survint une nouvelle poussée plus intense que la première et formée des mêmes éléments, confluent aux membres inférieurs, discrets aux supérieurs et ayant leur maximum d'intensité à la face d'extension des membres inférieurs et aux plis articulaires.

Cette éruption était constituée au début par de petits éléments papuleux, rougeâtres à la périphérie et présentaient à leur centre une petite pustule. Cette pustule donne lieu plus tard à une petite ulcération surmontée d'une croûte. A ce moment la périphérie prenait une teinte violacée, la papule s'affaissait, la croûte tombait et il restait une cicatrice rougeâtre, puis blanche.

A l'entrée de la malade à Broca, il existait au tiers inférieur de la face antérieure du tibia droit, trois à quatre éléments conglomérés et ulcérés, donnant l'aspect d'une ulcération scrofulo-tuberculeuse.

Tronc presque indemne.

Rien à la face.

Sur d'autres parties du corps, on voit les cicatrices de la 1^{re} éruption.

Les adénopathies donnent encore un peu de pus.

La malade paraissait anémiée et affaiblie.

OBS. XVIII (inédite).

Caroline C..., âgée de 20 ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Gaucher pour des lésions ulcéreuses des jambes et une éruption disséminée sur les membres supérieurs et inférieurs.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 45 ans, de *tuberculose pulmonaire* ; mère vivante, assez bien portante, quoique maigre et toussant un peu de temps en temps.

Collatéraux. — Une sœur aînée de 4 ans plus âgée est bien portante.

Rien de particulier à noter.

Antécédents personnels. — Dans la 1^{re} enfance, *impétigo* de la face qui a laissé des cicatrices déprimées, irrégulières térébrantes, principalement sur les joues.

Rougeole et coqueluche dans la 2^e enfance.

Réglée à 16 ans, à peu près régulièrement.

Leucorrhée. Depuis l'âge de 15 ans environ, la malade a souffert de *douleurs rhumatoïdes* dans les bras, les épaules et les membres inférieurs. Les deux genoux et les articulations du cou-de-pied ont été, vers la même époque, le siège de *tuméfactions* qui obligèrent la malade à garder le lit pendant plusieurs mois.

Vers la même époque, la malade qui avait présenté dans la région sous-maxillaire quelques *ganglions* datant de longtemps, vit ces glandes se tuméfier d'abord par poussées suivies de régression, puis d'une façon permanente.

A l'âge de 18 ans, ces ganglions *s'abcédèrent* et donnèrent lieu dans la région sous-maxillaire droite, puis sous-mentale à des *fistules suppurantes* au niveau desquelles se sont produites des *gommescutanées*.

Au mois de novembre 1896, apparurent à la partie inférieure des 2 jambes des *nodosités sous-cutanées* grosses comme des noisettes qui bientôt présentèrent une coloration violacée de la peau, se ramollirent et *s'abcédèrent*. Après l'évacuation du pus, il resta une *ulcération* atone se recouvrant d'une croûte molle. Ces nodosités et ces ulcérations existaient au nombre de 4 ou 5 au niveau de la région antéro-inférieure des 2 jambes et au niveau du mollet avec des dimensions variables mesurant de 1 à 2 centimètres de large. En même temps, les jambes étaient tuméfiées et infiltrées et la malade pouvait à peine se tenir debout, les genoux étaient le siège d'un léger épanchement.

A peu près à la même époque, la malade ne peut préciser, apparurent d'abord autour des *gommescanglionnaires* et cutanées du cou, des petits *boutons gros comme une tête d'épingle*, rouges, surmontés bientôt d'un petit point central. Ces boutons ont ensuite gagné les membres,

A l'entrée de la malade à l'hôpital (avril 1897), on voit au niveau de la région sous-maxillaire les éléments *acnéiformes* précédemment signalés et de plus, sur les membres inférieurs, des éléments analogues les uns à l'état pustuleux, les autres ulcéreux, quelques-uns recouverts d'une petite croûte. Entremêlées à ces éléments, existent de petites cicatrices soit violacées, soit pigmentées en brun. Ces éléments, disséminés sur les membres inférieurs où existent les gommes ulcérées signalées plus haut, sont surtout abondants au niveau du 1/3 supérieur de la jambe et autour des genoux.

Aux membres supérieurs, il existe sur la face postérieure des bras et des avant-bras des éléments papuleux et acnéiformes abondants au niveau de la face postérieure des bras, confluent au niveau des coudes, surtout à droite.

La face antérieure en présente très peu.

Cette éruption ne cause à la malade ni souffrance ni démangeaison. Beaucoup d'éléments sont *centrés par un poil*.

Traitement. — Cautérisation des gommes de la jambe au nitrate d'argent et au crayon de zinc. Sirop iodo-tannique phosphaté et arsénié.

7 juin. — Adénite suppurée du cou, incision.

10. — Depuis quelque temps augmentation de l'éruption acnéiforme sur les membres supérieurs, la face postérieure et externe des cuisses où elle est confluyente par endroits, et les fesses.

Des éléments enlevés sur les avant-bras sont inoculés à un cobaye.

L'inoculation est d'ailleurs restée complètement *négative*.

27. — La malade sort du service très améliorée, mais non guérie.

Revue le 18 juin 1899 (personnelle). — Les lésions ulcéreuses des jambes se sont lentement cicatrisées par des attouchements au crayon de zinc, deux saisons aux bains de mer et un traitement fortifiant (huile de foie de morue et sirop iodo-tannique).

L'éruption acnéiforme qui avait apparu par poussées subintrantes sans aucun rapport avec les saisons ni avec les périodes menstruelles a, petit à petit, à peu près disparu, et depuis plus d'un an la malade se considère comme guérie. Un autre ganglion au-dessous de l'oreille gauche s'est abcédé et présente une fistule qui suppure encore. Il apparaît encore de *temps en temps*, mais en nombre extrêmement discret, des *petits boutons* rouges, par ci par là.

Examinée au point de vue cutané, la malade présente :

1° *Au niveau de la tête et du cou.* — Outre les cicatrices légèrement chéloïdiennes, des gommes ganglionnaires et cutanées et la fistule en activité tout le long du rebord maxillaire inférieur, de petites cicatrices blanches, lenticulaires disséminées et discrètes sur la nuque et dans les régions sous-mentale et sous-maxillaire. Il y a de plus, autour de la lésion ganglionnaire en évolution, trois ou quatre petits éléments papulo-croûteux, de même qu'au niveau de la partie supérieure du front.

Sur les deux joues, cicatrices térébrantes de l'impétigo de la première enfance.

2° *Membres supérieurs.* — La face postérieure des bras est criblée de cicatrices lisses, blanches, lenticulaires, ordinairement isolées, mais parfois cohérentes par places.

Au niveau des coudes, ces cicatrices sont nombreuses sur la face postérieure des avant-bras, il existe quelques cicatrices disséminées sur la face postérieure, principalement le long du bord interne.

La face de flexion est presque indemne sauf au niveau de l'avant-bras où il existe 3 foyers de cicatrices paraissant résulter d'une agglomération en placards d'éléments éruptifs.

Au niveau des mains, il n'existe à la paume aucun élément en activité, ni aucune cicatrice. Sur la région dorsale de la main et des doigts, on voit quelques cicatricules violacées de la largeur d'une très petite lentille (4 ou 5 en tout).

Tronc. — Rien à l'abdomen sauf 1 ou 2 cicatricules à peine visibles, la malade prétend n'y avoir jamais remarqué d'éruption.

Au niveau du thorax, même chose, il existe cependant un élément papulo-croûteux récent à la base du cou, vers la fourchette sternale, un autre vers la poignée du sternum, un troisième à la partie antérieure du deltoïde gauche.

Membres inférieurs. — Les pieds sont indemnes de toute lésion ancienne ou récente et la partie antéro-inférieure de la jambe, au niveau du mollet, et quelques-unes disséminées au pourtour, il existe des cicatrices situées les unes à côté des autres, de dimensions variant de celles d'une pièce de 2 francs à celles d'une pièce de 0 fr. 20, lisses, légèrement déprimées, blanchâtres. Toutes ces cicatrices sont noyées au milieu d'une nappe pigmentée brun jaunâtre, occupant tout le pourtour de la jambe et presque toute sa hauteur.

Au niveau de la tubérosité antérieure du tibia et au pourtour de la rotule, on voit de nombreuses cicatrices lenticulaires, blanches, sans anneau pigmenté et cohérentes (polycliques).

La cuisse droite présente sur sa face externe de nombreuses cicatricules disséminées ; à sa face postérieure ou plutôt postéro-externe, il existe tout du long, un grand nombre de cicatrices plus grandes, de 1 cent. de largeur environ, quelques-unes encore légèrement pigmentées.

De plus, vers la partie moyenne, il s'en trouve une très large, comme une pièce de 2 francs environ, lisse, légèrement déprimée, violacée, avec aréole mince, pigmentée, due probablement à une confluence des éléments éruptifs.

La fesse du même côté est criblée de cicatrices de dimensions moyennes, dépigmentées.

2° A gauche, même distribution, sauf abondance plus grande de cicatrices au niveau de la partie inférieure du genou, où il existe des

taches cicatricielles irrégulières, plissées gaufrées, résultant de la confluence des papulo-pustules. Les parties postérieures de la cuisse ne présentent pas de large cicatrice comme à droite.

Examen des organes. — La malade a, paraît-il, notablement engraisée depuis deux ans, elle a le teint floride, fort en couleur, son appétit est bon, sa digestion excellente.

Cependant elle a commencé à tousser un peu l'an dernier.

A l'auscultation, la respiration est superficielle aux deux sommets, l'inspiration y est saccadée, mais il n'y a pas d'expiration prolongée ni de bruits adventices. La percussion ne dénote pas, par comparaison, de diminution de la sonorité ni d'élasticité.

Bruits du cœur normaux.

Système dentaire assez mauvais. Nombreuses dents cariées. Ebauche de dent d'Hutchinson, encoche d'une incisive médiane supérieure, double encoche de la voisine, pas de déviation de l'axe ni d'altération du corps de la dent.

Taie cornéenne légère, à droite.

Surdité complète de l'oreille droite à la suite d'otite moyenne. L'oreille gauche a été légèrement prise, mais l'ouïe est bonne de ce côté.

Ces lésions remontent à la première enfance.

OBS. XIX. — *Un cas de scrofulide pustuleuse.* — D^r STANLEY, assist. du D^r MORRIS (*British Journal of Dermatology*, nov. 1893, p. 341).

L..., garçon de 14 ans, admis à St-Mary Hospital, le 6 juin 1893 pour une éruption cutanée.

Antécédents héréditaires. — Tuberculeux dans la famille : mère morte de consomption (?).

Un frère et 2 sœurs présentent des adénopathies cervicales.

Antécédents personnels et état actuel. — Malade nettement scrofuleux ; ganglions cervicaux suppurant actuellement ; cicatrices résultant d'opérations antérieures, et les autres de ganglions ramollis et ulcérés. — Otorrhée bilatérale et surdité. Le teint du malade n'est pas celui de la soi-disant diathèse tuberculeuse, car il est sanguin et le malade a l'air parfaitement sain ; les poumons sont normaux.

A l'âge de 2 mois, le malade a eu une éruption de taches pour la 1^{re} fois. Cette éruption serait revenue chaque année au printemps et disparaîtrait l'automne. Cette année, elle a commencé en mai sur les bras. La période d'activité de l'éruption cutanée serait toujours accompagnée par une période d'activité des glandes scrofuleuses du cou. Pendant l'hiver celles-ci restent tranquilles ; mais vers avril de chaque année, simultanément, l'éruption paraît sur la peau et les glandes se gonflent et donnent une sécrétion abondante (suppuration ?).

Caractères de l'éruption. — Les lésions étaient polymorphes. Il y avait :

1^o Des petites papules isolées, miliaires, de même couleur que la peau normale et se présentant seulement sur la partie inférieure de l'abdo-

men. Ces lésions ressemblaient au Lichen scrofulosorum, mais elles n'étaient pas groupées.

2° De petites papules élevées, rouge pâle, 1/16 de pouce de diamètre ; au milieu de chacune se trouve un *poil*.

3° De petites papules rouges coniques, conglomerées, du volume d'une tête d'épingle environ, présentant à leur centre une lamelle cornée. Celles-ci s'observaient uniquement dans les régions scapulaire et lombaire, où la peau donnait une sensation de râpe, rappelant le Lichen spinulosus de Devergie.

4° Des papules plus grandes arrondies, d'un rouge plus sombre de 1/12 de pouce de diamètre, au centre desquelles se trouve invariablement un *poil*.

5° Les papules de 4° avec une petite vésicule au sommet.

6° Des pustules ressemblant à celle de l'acné vulgaire, forme plus avancée de la précédente, et dont on peut exprimer un liquide séropurulent.

7° Papules avec croûtelles séro-purulentes à leur sommet.

8° Papules rouge-sombre avec croûte enlevée et présentant une petite excoriation causée par l'avulsion d'un bouchon central, jaunâtre, sébacéux.

9° Papules régressives, plus petites et plus pâles.

10° Taches pigmentaires reliquat des papules antérieures, d'une nuance brun-pâle après compression,

11° De minuscules cicatrices comme taillées à l'emporte-pièce de 1/20 de pouce de diamètre.

Distribution des lésions. — Elles siégeaient à la partie inférieure de la face, les bras et les avant-bras sur leur face d'extension, en diminuant d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la main, la région sus et sous-scapulaire, les flancs surtout à leur partie postérieure, à la partie inférieure de l'abdomen très légèrement, les fesses et la région externe des hanches, la partie postérieure et externe des cuisses et un peu sur les jambes. *Nulle part les éléments n'étaient groupés.* Ils étaient irrégulièrement disséminés sans ordre défini. La région la plus affectée était le côté externe des cuisses et les fesses.

Evolution. — L'histoire de l'évolution des lésions fut étudiée en entourant une papule d'un petit anneau et en l'observant de jour en jour. Les petites papules miliaires de même couleur que la peau (n° 1) se montraient petit à petit, duraient sept jours environ puis disparaissaient lentement.

Les petites papules élevées rouge-pâle (n° 2) passaient successivement par les numéros 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11. Au bout de 8 jours les papules étaient représentées par des taches pigmentaires et finalement par des dépressions cicatricielles.

Aucune démangeaison n'accompagnait l'éruption.

Traitement. — Huile de foie de morue intus et extra.

L'amélioration apparut rapidement, mais il y avait une tendance naturelle de l'éruption à guérir, puisqu'on se rapprochait de l'automne.

Bactériologie. — Le pus d'une glande suppurée du cou et d'une pustule cutanée fut examiné bactériologiquement. *Aucun bacille tuberculeux n'a pu être décelé. Aucun micro-organisme dans la pustule.* De nombreux streptocoques pyogènes furent trouvés dans le pus de la glande.

TROISIÈME TYPE OU TYPE PUSTULO-ÉRYTHÉMATEUX. — L'élément éruptif, au lieu d'être une papule, est une *pustulette miliaire*, plus ou moins aplatie, centrée ordinairement par un poil et entourée d'une zone érythémateuse. Ces pustulettes peuvent exister à l'état *isolé*, disséminées sans ordre sur une partie du corps plus ou moins étendue, ou former des *placards* pouvant atteindre jusqu'à 10 centimètres de long sur 6 de large (Thibierge). Ces grands placards sont formés par la réunion de petits placards secondaires. Leur centre est d'un rouge sombre et recouvert de squames minces et adhérentes. A leur périphérie principalement, se trouvent en bordure les pustulettes précédemment signalées et qui représentent la zone d'extension du placard, tandis que la partie centrale représente la zone de guérison. Ces placards dont on rencontre tous les intermédiaires comme dimensions jusqu'à la pustulette isolée (Hallopeau) présentent parfois à leur surface des *exulcérations* plus ou moins profondes, légèrement suintantes.

Cette forme a une évolution *rapide*.

Les deux observations suivantes sont des modèles de ce type. Dans la première, il existe à l'état de pureté ; dans la seconde, il est associé à des lésions papuleuses isolées, en placards et confluentes (lichen scrofulosorum probable).

OBS. XX. — *Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux.* — G. THIBIERGE, *Annales de dermat. et syph.*, février 1898.

J. Champ..., tailleur de pierres, 43 ans, se présente le 5 février 1898 à la polyclinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié.

C'est un homme maigre, au système pileux présentant cette coloration jaune que l'on a dépeinte sous le nom de *blond vénitien* et dont l'aspect éveille immédiatement l'idée de la tuberculose. Il vient consulter au sujet d'une éruption dont le début remonte à un mois et a été

marqué pendant 8 jours par un *prurit modéré* qui a complètement disparu depuis.

L'éruption occupe principalement *le dos* et la *région fessière* ; sur la *paroi antérieure du tronc* elle ne se caractérise que par de *très rares éléments isolés*.

Les lésions sont constituées : 1^o par *des éléments isolés* sous forme de *pustules aplaties* de 1 millimètre de diamètre environ, entourées d'une zone rouge peu étendue, ou de *croûtelles* gris-jaunâtre, également aplaties, de forme arrondie, au-dessous desquelles on trouve une légère *dépression* recouverte d'épiderme *sans trace d'ulcération* ; les croûtelles sont entourées d'une *légère collerette épidermique*, d'autres éléments sont remplacés par une dépression ou par une mince *squame* en forme de collerette ; en quelques points, ces éléments isolés sont représentés par des *taches* non saillantes, rouge pâle, de 1 à 2 millimètres, qui semblent être le premier stade de la lésion. Ces divers éléments ne présentent à la palpation *aucune induration*.

2^o Par *des placards* de dimensions variées depuis celles d'une pièce de 2 francs jusqu'à 10 centimètres de long sur 4 de large. Ces placards sont de forme irrégulière, *vaguement polycyclique* par endroits, le plus souvent allongés par réunion de plusieurs placards voisins.

Ces placards ont une coloration générale brune tirant un peu sur le rouge, produite par la réunion d'un grand nombre de taches mesurant 2 millimètres de large et séparées par d'étroits intervalles de peau saine.

Au niveau des placards, l'épiderme est plissé, comme ridé et un peu brillant ; par places, il se soulève en très minces et étroites squames grisâtres, détachées seulement sur leurs bords.

En aucun point, on ne voit de saillies papuleuses ni de dépressions punctiformes comme dans le lichen ; cependant l'aspect général des plaques, comme leur forme, *rappelle le lichen scrofulosorum*. Un certain nombre de placards sont constitués uniquement par les lésions précédentes qui semblent être le reliquat d'une altération antérieure plutôt qu'une altération en activité.

Sur la plupart des placards cependant, l'on voit des *pustules* semblables à celles qui ont été décrites précédemment ; ces pustules sont *dispersées sans ordre à la surface des placards*, sur toute leur étendue ; mais sur le plus grand nombre d'entre eux, elles affectent de préférence une disposition particulière, *occupant la bordure du placard*, régulièrement espacées de 3 à 4 millimètres et rappelant les points avec lesquels les dessinateurs ont l'habitude de piquer leur papier pour reporter un dessin ou bien encore irrégulièrement distribuées sur cette bordure.

Les *éléments isolés* occupent en petit nombre la *partie supérieure du dos*, ils sont plus abondants sur la *partie moyenne du dos*, depuis le milieu de la colonne dorsale jusqu'au niveau du sacrum.

Les placards sont entremêlés d'éléments isolés sur les parties latérales du dos, depuis le milieu de la colonne dorsale ; au niveau des côtés sur les flancs, ils sont pour la plupart larges, de forme allongée transversalement.

Sur les fesses, où ils mesurent jusqu'à 6 centimètres de diamètre, ils sont plutôt arrondis ou légèrement irréguliers ; à ce niveau les éléments pustuleux qui recouvrent les placards sont plus nombreux et atteignent des dimensions plus considérables que sur le dos, quelques-uns d'entre eux sont légèrement saillants, mais sans infiltration proprement dite de leur base.

Sur les *cuisse*s à leur partie antérieure et à leur partie postérieure on voit quelques éléments disséminés.

Outre les lésions du tronc et des membres inférieurs, on constate sur le *dos du pied*, deux placards irréguliers de la largeur d'une pièce de un franc au maximum, de coloration rouge, avec quelques vésicules, des perforations épidermiques, des croûtelles jaunâtres et brunes ; cette lésion d'aspect très différent de celles qui viennent d'être décrites est *manifestement de nature eczémateuse*.

Sur la totalité du corps, *la peau est sèche comme chez les cachectiques*.

Le malade est atteint de *tuberculose pulmonaire* dont le début remonte à 4 ans, qui s'est manifestée par des hémoptysies répétées et se traduit actuellement à l'auscultation par un souffle intense et des râles sous-crépitaux nombreux au sommet gauche, une respiration soufflante au sommet droit ; l'expectoration est peu abondante, muco-purulente et renferme des bacilles de Koch.

En outre il présente à la partie postérieure du cou au niveau de l'*apophyse épineuse de la 6^e vertèbre cervicale* et au niveau de la *partie supérieure du cubitus gauche*, des *tuméfactions fluctuantes*, du volume d'une grosse noix, datant de 2 mois, au niveau de ces tuméfactions, la pression détermine une douleur profonde qui paraît liée à une *lésion osseuse*. La ponction de la tuméfaction du coude a donné issue à du pus épais et grumeleux.

A la partie externe du *poignet gauche*, on trouve une *nodosité dermo-hypodermique* de coloration rouge, du volume d'un gros pois, ayant l'aspect d'une *gomme ramollie* et remontant à 4 mois. A la partie inférieure de la *cuisse gauche*, à 4 centimètres *au-dessus de la rotule*, on trouve également une *gomme* du volume d'un pois.

Il convient de noter dans les antécédents de ce malade une *série d'attaques de rhumatisme à localisations multiples ayant laissé à leur suite des déformations des doigts et surtout une déformation du dos avec voussure et cyphose* qui fait penser tout d'abord à l'existence d'un mal de Pott.

10 février. — Depuis que le malade est entré dans mon service, il ne s'est pas produit de nouveaux éléments pustuleux et un grand nombre de ceux qui existaient à l'entrée, se sont desséchés et sont en voie de disparition.

OBS. XXI. — *Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique, etc...* — HALLOPEAU, *Ann. de dermat. et syph.*, décembre 1895, p. 1093 et janvier 1896, p. 34.

François L..., 15 ans, entré le 18 novembre 1895 au n° 38 du pavillon Bazin, atteint d'une tuberculose pulmonaire.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte il y a 5 ans d'une phtisie à marche rapide.

Son père présente depuis 6 mois les signes d'une phtisie pulmonaire.

Une sœur morte à 9 mois.

Etat actuel. — Ce jeune homme est atteint actuellement d'une éruption abondante et polymorphe sur les membres, disséminée sur la partie inférieure du tronc. D'après son dire, elle a débuté environ 6 semaines auparavant, par un bouton suppuré qui s'est développé à la partie postérieure de la jambe droite pour s'étendre bientôt excentriquement sous la forme d'un soulèvement bulleux; bientôt de nombreuses *pustulettes* se sont développées sur les membres inférieurs, en même temps que s'y produisaient des plaques éruptives rouges, légèrement dures et saillantes, à progression excentrique.

Le 20 novembre, on constate : Malade dans un état de cachexie profonde, il est très maigre, il tousse incessamment et présente aux deux sommets les signes de tuberculose, arrivée à droite à la période cavitaire; pas de réaction fébrile, urines non albumineuses.

L'éruption des membres inférieurs et des avant-bras est abondante, elle se présente sous des formes diverses que l'on peut ramener à quatre types.

a) Les éléments les plus nombreux sont des *pustulettes miliaires* variant du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis; elles sont remplies d'un liquide purulent; on les voit disséminées irrégulièrement sur les téguments des jambes, il n'y en a qu'un petit nombre aux cuisses; on ne les retrouve ni sur les membres supérieurs ni sur le tronc.

Un certain nombre de ces *pustulettes* sont entourées d'un cercle érythémateux, une partie d'entre elles sont centrées d'un poil.

Ces *pustulettes* sont pour la plupart disséminées sans ordre, quelques-unes sont incluses dans le pourtour infiltré ou dans l'aire des placards que nous allons décrire.

b) D'autres éléments sont constitués par des saillies rouges ou brunes de même dimension que les précédentes et recouvertes, les unes d'une squame, les autres d'une croûte. Il n'est pas douteux qu'une partie de ces saillies ne représentent les *pustulettes* arrivées à leur dessiccation, mais d'après les assertions positives du malade, elles ne reconnaissent pas toutes cette origine; nombre d'entre elles, particulièrement celles des membres supérieurs et de l'abdomen, se sont développées

graduellement sans suppuration, elles sont remarquablement abondantes sur la partie postéro-externe des avant-bras et au voisinage des coudes. A l'abdomen, elles se groupent en amas irréguliers et rappellent par cette disposition, ainsi de même que par leur aspect, le lichen scrofuloux.

c) En diverses régions, ces papules se groupent de manière à constituer des *amas confluent*s, d'un rouge sombre disparaissant sous le doigt, formant une saillie notable et offrant au doigt une certaine résistance, on y voit des squames minces et adhérentes, elles ne masquent que très incomplètement la rougeur de la plaque. Leurs dimensions varient de quelques millimètres à plus de 2 centimètres ; à leur périphérie, on voit parfois des saillies miliaires légèrement érythémateuses et centrées d'un poil.

Une partie de ces placards sont moins colorés et moins saillants dans leur partie centrale qui paraît subir une évolution rétrograde. Les plus étendus occupent la partie antérieure de la cuisse gauche et de la jambe correspondante, on en voit également quelques-uns sur les membres supérieurs. L'aspect de plusieurs d'entre eux rappelle celui du lupus.

d) Les placards qu'il nous reste à signaler ont des caractères différents, leurs dimensions sont plus grandes ; elles atteignent 6 centimètres, la partie centrale de l'un d'eux est déprimée et plus ou moins profondément *exulcérée*, elle est le siège d'un exsudat purulent, leur pourtour est un peu saillant, induré, d'un rouge intense, irrégulièrement arrondi ou ovalaire ; sur une partie de son étendue, il est le siège d'un soulèvement bulleux qui s'étend excentriquement sur un rayon de 5 à 10 millimètres ; on voit en outre souvent des *pustulettes miliaires en différents points de sa périphérie*. Une *zone éruptive érythémateuse* de 12 à 15 millimètres, entoure ce placard.

Il n'en reste actuellement que deux, ils occupent la partie postérieure de la jambe droite.

Le 5 décembre, nous constatons que plusieurs de ces plaques se sont agrandies excentriquement en même temps qu'elles s'affaissent dans leur partie centrale ; de nouvelles se sont développées. On compte maintenant sur la jambe gauche 3 placards semblables à ceux de la jambe droite et développés comme eux aux dépens de pustulettes ; le plus grand mesure 3 centimètres sur 3 cent. $1/2$; son pourtour est saillant et résistant au toucher dans un rayon de 8 à 10 millimètres ; sa coloration est plus vive que celle du centre affaïssé ; sur la périphérie de l'un de ces placards on voit plusieurs pustulettes, au membre inférieur droit, la plaque la plus élevée mesure aujourd'hui 6 cent. $1/2$ verticalement, 5 transversalement, elle présente d'ailleurs encore le soulèvement bulleux périphérique indiqué précédemment.

Le 11 décembre, la plaque d'infiltration tuberculeuse située à la partie postérieure de la jambe droite, atteint 8 centimètres ; elle s'est

donc très notablement agrandie en quelques jours ; par contre celle que nous avons signalée à la partie antérieure de la cuisse droite s'est notablement affaissée en même temps qu'elle a pâli.

Les pustules rompues laissent à leurs places, des *ulcérations superficielles à contours irréguliers, elles se cicatrisent pour la plupart rapidement.*

Depuis lors, les placards ont continué à s'étendre rapidement et à se multiplier ; deux d'entre eux ont complètement fusionné.

2^e NOTE. — 5 janvier 1897.

Sur la jambe gauche on voit encore disséminées plusieurs pustulettes, de date évidemment récente, du volume d'un grain de millet ou de chènevis, elles sont entourées d'une aréole érythémateuse, quelques-unes sont isolées, la plupart reposent sur des placards rouges dont les dimensions varient beaucoup ; on trouve, en effet, *tous les intermédiaires entre les pustulettes isolées et les grands placards* mesurant plusieurs centimètres de diamètre.

Ceux-ci sont actuellement au nombre de 7 ; sur ce nombre, les uns ne sont représentés que par une tache érythémateuse avec infiltration peu prononcée du derme, d'autres sont également plans dans la plus grande partie de leur étendue, mais, leur pourtour est, par places, soulevé en un bourrelet qui atteint jusqu'à un centimètre de diamètre ; ce bourrelet peut se déprimer en divers points de son étendue et se diviser ainsi en masses rouges, luisantes et mollasses ; elles sont ou non parsemées de jeunes pustulettes ; *aucune d'elles ne présente la coloration sucre d'orge des tubercules lupiques*, il en est de même des petites papules qui se développent parfois au lieu et place de ces pustulettes lorsqu'elles se sont desséchées.

L'aire des grands placards tend, dans les plus anciennement développés, à s'éclaircir ; on y voit, comme précédemment, des dépressions superficielles du volume de petits grains de chènevis.

Un de ces placards se trouve à la partie postérieure de la jambe, en arrière et au-dessus de la malléole externe ; il est constitué par une aire en partie peu colorée et creusée de deux de ces dépressions ulcéreuses ; son bourrelet incomplet est divisé en plusieurs masses saillantes entre lesquelles on voit de nombreuses pustulettes de formation nouvelle ; ainsi donc, en même temps que la lésion rétrocede dans sa partie centrale, elle s'étend excentriquement par la formation de nouveaux éléments suppurés ; un autre placard est situé à la partie externe de la même jambe ; irrégulièrement quadrilatère, il semble n'être plus en activité progressive que dans son angle supéro-externe qui forme une masse saillante d'un rouge plus vif que le centre affaissé de son aire et parsemé de pustulettes, trois autres placards d'environ 3 centimètres de diamètre sont groupés en demi-cercle à la partie postérieure du membre. L'un d'eux, le plus ancien, est en partie décoloré ; les deux autres sont d'un rouge pâle dans leur partie centrale,

intense à leur périphérie ; celle-ci est, par places, soulevée en un bourrelet saillant que surmontent des pustulettes intactes ou ulcérées.

Le placard signalé antérieurement à la partie antérieure de la cuisse gauche a en grande partie disparu, il n'est plus représenté que par une légère coloration érythémateuse.

Les placards décrits précédemment à la partie postérieure de la jambe droite, se sont fusionnés en un seul qui mesure 12 centimètres verticalement, son aire pâlie dans sa partie centrale est légèrement creusée de nombreuses dépressions cicatricielles représentant autant de pustulettes. Le bourrelet n'existe plus qu'à la partie inférieure du placard dont il forme le contour semi-ovalaire.

On voit en outre, sur toute l'étendue du membre, de petits groupes de pustulettes ou de papules reposant sur un fond rouge et induré ; ce sont de *petits placards représentant les intermédiaires entre les pustulettes initiales et les grands placards* ; on les voit également sur le membre opposé.

Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés.

L'éruption abdominale a disparu.

Celle des avant-bras a également rétrocedé ; il n'y en a plus trace à droite ; à la partie postéro-externe de l'avant-bras gauche on voit encore de petites papules agminées reposant sur un fond rouge et rappelant l'aspect du lichen.

QUATRIÈME TYPE, OU TYPE PAPULO-PUSTULEUX A GROS ÉLÉMENTS. —

C'est l'*acné des cachectiques de Hebra-Kaposi*. Hebra la décrit succinctement de la façon suivante : « chez les personnes cachectiques, et notamment chez celles qui présentent des traces évidentes de scrofule ou qui sont atteintes de l'affection connue sous le nom de Lichen scrofulosorum, on peut observer des éruptions qui ne renferment *aucun comédon* et ne sont pas limitées, à la face, à la poitrine ou au dos, mais apparaissent sur toute la surface des membres, ainsi que sur le tronc ». « L'acné des cachectiques, dit Kaposi, se montre chez des individus considérablement affaiblis, atteints de marasme (?)..... ; peu abondante à la figure, elle occupe surtout le *tronc* et les *membres inférieurs*. Elle consiste dans la production de *papules* et de *pustules* du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, plates, molles, d'un *rouge livide*, qui ressemblent beaucoup aux efflorescences syphilitiques. » Radcliff Crocker (1) dit que cette éruption peut apparaître partout, sauf à

(1) *Diseases of the skin.*, 2^e éd., 1893, p. 270.

la paume des mains et à la plante des pieds. Il signale la possibilité d'hémorragies dans les pustules, et comme causes, la vieillesse et le dénuement.

Le cas décrit par Bronson (1), sous le nom d'*acné des cachectiques phlegmoneuse et ulcéreuse* est une observation de lésions multiples, dont il n'est pas facile de qualifier tous les types ; à côté de lésions papuleuses et papulo-pustuleuses, on trouve des ulcérations ressemblant à des gommages cutanées, des pustules, etc... Nous ne pensons pas qu'il s'agisse dans ce cas de l'acné des cachectiques type Hebra-Kaposi. En revanche, les deux observations que nous rapportons sont des modèles du genre. Elles sont presque superposables l'une à l'autre, comme ressemblance et distribution des lésions. Dans la 1^{re}, du Dr Grünwald et que l'auteur a publiée sous le nom d'*acné varioliforme généralisée*, on remarquera le prurit intense qui a accompagné l'éruption, la coexistence d'une néphrite légère et d'une *tuberculose pulmonaire chronique sous forme de broncho-pneumonie fibreuse* accompagnée d'*adénopathies tuberculeuses intra-pulmonaires*. L'auteur n'a pas fait le diagnostic d'acné des cachectiques, parce que le malade ne présentait pas trace d'accidents scrofuleux (?). A noter l'abondance de l'éruption sur les 2/3 inférieurs du tronc, les cicatrices pigmentées que laissent les éléments éruptifs, la présence de véritables *nodules intra-dermiques*, dans les deux observations.

Obs. XXII. — *Un cas d'acné varioliforme généralisée avec terminaison mortelle* (Trad. pers.). — GRUNWALD, *Monatshefte für Praktisch. Derm.*, 1885, p. 81 et sq.

Homme âgé de 66 ans, entré à l'hôpital le 2 octobre 1884.

Pas de syphilis. Souffrait depuis 20 ans d'une *expectoration abondante sans toux* qui ne l'importunait pas particulièrement.

En décembre 1883, un an environ avant son entrée à l'hôpital, le malade remarqua la présence de quelques *efflorescences prurigineuses au niveau de la face externe des cuisses*. Au bout de 4 semaines, les nodules (Knötchen) recouvraient une surface large environ comme la paume de la main.

L'exanthème gagna ensuite les flancs et apparut, au mois de mars

(1) *Journal of Cut. and Gen. Ur. diseases*, nov. 1889, p. 401 et *Annales de dermat. et syph.*, 1890, p. 326.

1884, au niveau de la face antérieure des *deux avant-bras*. En mai, le malade fut pris de crises dyspnéiques ressemblant à de l'asthme, qui persistèrent pendant 15 jours, d'abord presque continuelles puis intermittentes. Elles disparurent à la suite d'un traitement arsenical.

L'état général qui dans les derniers temps avait décliné, redevint meilleur, mais l'éruption n'en continua pas moins à se développer. Elle s'étendit à toute la surface du corps en s'accompagnant de *démangeaisons si intenses* que le malade n'avait de repos ni jour ni nuit. De juillet à septembre 1884 le malade fut traité à la Policlinique du Dr Lassar d'abord par l'arsenic, puis ensuite comme syphilitique (injections de sublimé).

Etat à l'entrée à l'hôpital le 2 octobre 1884 :

Homme maigre, système osseux et musculaire assez bien constitués, mais d'aspect maladif.

Muqueuses décolorées. Langue saburrale mais humide, légèrement tremblante. *Peau de teinte jaune, grisâtre, ridée, présentant le pli cachectique* ; sur la plus grande partie du corps, on remarque la présence de *nodules* variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, de coloration rouge pâle ou bleuâtre, de consistance dure, proéminents à la surface des téguments, *non douloureux* spontanément ou à la pression, mais donnant lieu de temps en temps à un prurit marqué.

Ces éléments portent tous à leur sommet, une petite croûtelette brunâtre dont l'ablation laisse sortir du nodule une gouttelette de liquide séro-purulent. Sur le *thorax* et l'*abdomen* le nombre de ces éléments est si grand que c'est à peine s'ils laissent entre eux un petit espace de peau saine.

La *partie supérieure du thorax* tontefois en présente en bien moindre quantité. Aux *membres supérieurs*, l'éruption est également abondante. Les avant-bras particulièrement sur leur face antérieure et au niveau du pli du coude sont tellement recouverts par les nodules que l'on en voit 1 ou 2 par centimètre. Seule du côté de l'extension, la *région du coude* présente une éruption en groupes compacts.

Ici, les nodules sont plus petits et plus durs, leur teinte plus pâle, s'accorde davantage avec celle de la peau saine, ils ne portent plus aucune croûtelette et ne donnent plus lieu à aucun écoulement liquide.

On a évidemment affaire à des éléments en voie de régression que l'on trouve aussi, disséminés en d'autres régions.

Dans la région du dos, on note seulement quelques nodules épars ; aux membres inférieurs seule la *face externe des cuisses* en présente un certain nombre. Dans cette dernière région, on trouve sur une surface large environ comme une paume de main des macules arrondies, non saillantes, blanchâtres, de la largeur d'une lentille au maximum et entourées d'une *zone étroite de couleur brunâtre*. Il s'agit manifestement ici, de cicatrices consécutives à la régression des nodules. Ces macules existent aussi, mais d'une façon plus discrète en d'autres régions ; c'est

à la partie antérieure du thorax, où siègent les éléments éruptifs en pleine évolution, qu'on en rencontre le moins.

Dans la région inguinale droite seulement, on trouve un *ganglion lymphatique* gros comme un haricot. Les autres ganglions ne présentent nulle part aucune altération appréciable.

L'examen des autres organes ne décèle rien d'anormal.

L'urine, normale comme quantité et densité, renferme une certaine quantité d'*albumine* et quelques cylindres hyalins.

Artères légèrement sclérosées. Pouls petit, entre 70 et 90.

Température : matin 37°2, soir 38°4.

Le diagnostic qui pouvait être hésitant entre éruption syphilitique et variété d'acné généralisée fut définitivement rattaché à cette dernière, vu l'absence d'adénopathies généralisées, les résultats négatifs obtenus par le traitement spécifique institué par le Dr Lassar, et par les caractères cliniques des éléments (prurit, sécrétion séreuse...).

L'évolution ultérieure ne décèle rien d'essentiellement nouveau. Malgré une alimentation substantielle et abondante, malgré un bon appétit le malade s'affaiblit petit à petit. Divers traitements locaux (chrysarobine, onguent mercuriel) institués contre l'éruption, ne donnèrent aucun résultat notable, sauf une dermatite bulleuse localisée, à la suite d'une application de chrysarobine. On se contenta dans la suite, de prescrire avec du fer à l'intérieur, des bains tièdes journaliers et des onctions grasses sur le corps.

Pendant un temps, l'état général resta stationnaire et même l'albuminurie diminua et disparut complètement vers le milieu de novembre 1884. En revanche, l'éruption continuant à se développer, envahit la nuque et le dos en y prenant un développement considérable, puis la face au niveau des sillons naso-labiaux.

Le front fut épargné pendant toute la maladie.

Les démangeaisons, quoique encore assez vives, étaient néanmoins bien moins intenses qu'auparavant.

L'état moral se conservait très bon, la température légèrement fébrile. Vers la fin de novembre, l'état s'aggrava, la connaissance du malade s'obscurcit, l'insomnie apparut, puis le *coma* dans lequel le malade mourut le 12 décembre. Dans les 14 derniers jours, un certain nombre de nodules, particulièrement à l'abdomen et au dos, avaient notablement régressé, étaient devenus plus pâles et leur sécrétion s'était totalement tarie.

AUTOPSIE. — *Cœur.* — Quelques adhérences péricardiques ; taches laiteuses, athérome cardiaque et aortique ; athérome coronaire droit.

Poumons. — Les deux cavités pleurales renferment quelques cuillerées de sérosité. Le feuillet viscéral de la plèvre est des deux côtés épaissi et opaque. Au sommet du poumon droit, il existe un foyer d'induration ardoisée. Des tubercules de la grosseur d'une noix sont disséminés dans les deux poumons, formant des masses péribronchiques. Les poumons sont pâles, exsangues, aérés.

Foie. — 1.700 grammes.

Rate. — Grosse 620 gr. ; 24 centim. sur 13 centim. ; sclérosée.

Reins. — Dimensions et poids normaux.

Pas d'adhérences capsulaires. Congestion marquée. Substance corticale diminuée de largeur. Pas de lésions glomérulaires. Épithélium des tubes, normal. Augmentation du tissu conjonctif ordinairement peu marqué, sauf en certains endroits.

Obs. XXIII. — *Tuberculides disséminées à forme d'acné cachectique avec coexistence de folliclitis et d'une gomme tuberculeuse.* — DARIER, *Annales de dermat. et syph.*, décembre 1896).

B..., femme 48 ans.

Antécédents héréditaires tuberculeux, très chargés.

Mari faible, toussant toujours, est mort à 52 ans d'une maladie longue avec pleurésie, sueurs nocturnes, amaigrissement, probablement tuberculeux.

Antécédents personnels. — Elle-même, après une enfance chétive avec gourmes et ganglions toujours engorgés, a été atteinte à 22 ans, de rhumatisme articulaire aigu. Depuis 1877 elle a eu de nombreuses bronchites. En juin 1893, ont apparu des douleurs vagues dans les articulations des membres inférieurs, surtout des genoux et des coudes-pied et dans celle des doigts ; les jointures se sont peu à peu tuméfiées et sont restées déformées. C'est à cette époque, il y a 16 mois, qu'a également commencé l'éruption actuelle par des boutons durs, puis ulcérés, au bas de la jambe gauche, puis à l'autre pied, aux deux genoux, sur les poignets, les mains, enfin sur l'hypogastre et sur tout le tronc.

Actuellement on se trouve en présence d'une femme profondément affaiblie, amaigrie et *cachectique*. La plupart de ses jointures sont atteintes de *rhumatisme chronique déformant*. Les ganglions du cou, des aisselles sont tuméfiés, ceux des aines forment des paquets saillants de tumeurs dures et conglomérées. La malade tousse et crache peu, cependant on trouve de la *matité au sommet droit avec gargouillement et timbre caverneux de la voix et de la toux, induration du sommet gauche*.

Le tronc tout entier, à l'exception du haut de la poitrine en avant, mais surtout au niveau de l'hypogastre et des flancs, est couvert d'une éruption d'innombrables éléments qui, à première vue, ressemblent à de l'acné ou mieux à des syphilides acnéiformes. Les éléments sont d'âges très différents, les uns sont des *nodules intra-dermiques* du volume d'une forte tête d'épingle, d'autres des *papules ou papulo-vésicules miliaires* d'un rose terne, quelques-unes des *vraies pustulettes* ou des *papulo-croûtes* ou enfin des *macules pigmentaires*. La peau en est toute constellée. Sur les membres, l'éruption est un peu différente. Sur les deux genoux et sur le dos des pieds, sur les mains, les poignets et les avant-

bras se voient des éléments plus gros, pour la plupart commençant par des nodules sous-dermiques qui peuvent avorter ou se transformer en pustules, lesquelles, après évacuation, laissent une ulcération creuse à bords violacés. Certains de ces éléments sont restés presque au même stade, pendant cinq semaines. Tous sont absolument indolents.

Enfin au bas de la jambe gauche, on voit une ulcération de la grandeur de l'ongle entamant tout le derme, à bords déchiquetés et violacés, qui est la première des lésions cutanées; elle a l'aspect d'une *gomme tuberculeuse ulcérée*.

Sous l'influence d'un pansement à l'iodoforme et d'un traitement général, cette ulcération s'est cicatrisée en six semaines, l'éruption des éléments acnéiformes du tronc et des nodules de folliclis sur les membres a sensiblement diminué, mais il s'en produit encore de temps en temps.

D. — Groupe nodulaire (1).

Ce groupe devrait évidemment comprendre les lésions plus ou moins localisées de l'érythème induré, types Bazin-Hutchinson, dont l'étude clinique a surtout été faite par les dermatologistes anglais (Hutchinson, Colcott Fox, Pringle, Galloway, R. Crocker, etc...) qui ont, en outre, insisté d'une façon très catégorique sur les rapports des lésions avec la tuberculose. Mais nous n'avons en vue ici, que de rapporter deux observations de lésions nodulaires *disséminées* qui, par ce caractère, se rapprochent des groupes précédents et par la situation de leurs éléments, leur forme, leur évolution, peuvent être rangées à côté de l'érythème induré. Pour nous, d'ailleurs, celui-ci ne représente que la variété régionale des tuberculides nodulaires, de même qu'il y a une variété régionale de la folliclis à côté de la forme disséminée.

La première observation est celle que le Dr Giovannini a publiée en 1889 sous le nom d'« hidrosadénite » dans le *Journal italien des maladies de la peau* et que le professeur W. Dubreuilh a résumée, dans son Mémoire sur les hidrosadénites suppuratives disséminées. — On notera le début de l'affection au cours d'une maladie aiguë, diagnostiquée fièvre typhoïde probable, malgré l'aus-

(1) Le nom de tuberculides nodulaires (des membres inférieurs) a été donné, l'an dernier, par M. le Dr LEREDDE à l'érythème induré.

cultation qui ne laisse aucun doute à son égard — la dissémination des lésions — leur siège intra et hypodermique — leur évolution absolument analogue à celle des gommes. On pourrait donner à cette variété le nom de *tuberculides nodulaires disséminées, variété gommeuse*.

La deuxième observation publiée en 1896 par MM. Gastou et Emery sous le nom d'« *ecthyma scrofuleux* » et complétée par nous, se rapproche de la précédente par le siège et la forme des nodules, mais en diffère par l'évolution des lésions qui *ne se ramollissent pas*, et donnent lieu à des *ulcérations par un processus sphacélique d'emblée*. On pourrait donner à ce cas, par comparaison avec le précédent, le nom de *tuberculides nodulaires disséminées, variété ulcéreuse ou nécrotique*. On remarquera le début de l'éruption, *un an avant l'apparition de signes cliniques de tuberculose pulmonaire*, deux ans environ avant la mort de la malade, et les résultats négatifs donnés par la recherche plusieurs fois pratiquée, du bacille de Koch dans les crachats, alors même que les symptômes d'auscultation ne laissaient aucun doute sur la nature de la lésion. Chez cette malade, l'éruption principale nodulaire était accompagnée d'une *éruption papuleuse, acnéiforme* sur les membres inférieurs et la face.

Obs. XXIV. — *Un cas d'hydrosadénite*. — S. GIOVANNINI, *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1889, p. 302.

Femme L. R.... 45 ans, blanchisseuse, petite, mais sans déformation squelettique, pâle et dans un état de nutrition défectueux.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — La malade a eu les maladies de l'enfance(?).

Réglée à 16 ans et toujours irrégulièrement.

Mariée à 25 ans. Six enfants dont cinq morts entre 1 et 3 ans de maladies inconnues.

Ni syphilis, ni alcoolisme.

Assez bonne santé jusqu'à 24 ans. Depuis cette époque, crises gastriques.

Eruption (1). — Au cours d'une maladie fébrile de caractère infec-

(1) La description de l'éruption en majeure partie, et l'examen histologique, sont empruntés au mémoire du Professeur DUBREUILH. Le reste a été traduit par nous sur le texte italien.

lieux mal déterminé, la malade fut prise d'une éruption dont voici l'aspect et l'évolution.

Elle était constituée par des nodosités de la grosseur d'un pois à celle d'un grain de raisin, atteignant même, aux cuisses et aux jambes, le volume d'une noix. Ces nodules de forme plus ou moins arrondie étaient surtout abondants au niveau des jambes et sur la face externe et antérieure des cuisses. Le front, les bras et les avant-bras, le cuir chevelu, le dos et le ventre en présentaient beaucoup moins. Il n'en existait aucun à la partie inférieure de la face, à la partie antérieure du thorax, aux mains et aux pieds. Ces nodules formaient une saillie variable à la surface des téguments, les plus petits étaient nettement intra-dermiques, tandis que les plus gros envahissaient le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérer aux parties sous-jacentes. Parmi ces nodules, les uns étaient durs et bien limités, les autres pâteux et se confondant insensiblement avec les tissus avoisinants, d'autres, les plus volumineux, étaient ramollis et fluctuants, enfin quelques-uns, ouverts au dehors, avaient donné lieu à des ulcérations à bords décollés, à fond lisse et rougeâtre. Dans certains endroits, les nodules étaient disséminés sans aucun ordre, en d'autres, ils étaient groupés ou disposés en demi-cercle.

Quand le Dr Giovannini vit la malade, au 45^e jour de l'éruption, l'état était le suivant : « Malade dans un état de dépérissement et d'anémie notables. L'examen de la poitrine décèle : à la percussion, une légère *submatité* dans la fosse sus-épineuse droite ; à la palpation, les *vibrations vocales un peu augmentées* au sommet droit, en arrière à l'auscultation, au même niveau, *rudesse du murmure vésiculaire*, mais sans aucun râle. Cœur normal sauf un léger souffle intermittent au premier bruit et à la pointe. Ventre plat. *Rate* dépassant de 3 travers de doigt le rebord costal, facile à sentir à la palpation, et à extrémité supérieure plus élevée de la largeur d'une côte. Température 39°, pouls 96. Urines normales comme quantité et sans albumine.

L'évolution de l'éruption aboutit pour les plus gros nodules à la *suppuration*, et pour les plus petits à la *régression* pure et simple en laissant une forte *pigmentation*.

La fièvre du début diminua progressivement et au bout de 3 mois 1/2 l'éruption disparut.

L'examen histologique est donné au chapitre V.

OBS. XXV. — *Ecthyma scrofuleux* (fin de l'observation inédite et personnelle). — MM. GASTOU et EMERY, *Annales de dermatologie et syph.*, déc. 1896.

L..., âgée de 20 ans, domestique, entrée dans le service de M. le professeur Fournier, pour des ulcérations aux jambes qui datent de un mois.

Le diagnostic d'impression, en voyant les lésions des jambes, est celui

de gommès tuberculeuses ; mais on ne peut nier également que certains points malades ont une grande ressemblance avec des syphilides. Une enquête clinique seule exclura la syphilis acquise ou héréditaire, tandis que l'examen anatomique sera indispensable pour affirmer ou nier la nature tuberculeuse des lésions.

Examen clinique. — Antécédents héréditaires. — Père mort à 63 ans de paralysie ; mère morte d'affection indéterminée, il y a 18 ans. Six frères et sœurs dont quatre morts : maladies inconnues.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance et à la suite, kératite qui a laissé des *taies* sur la cornée droite. Régée à 13 ans $1/2$, mais irrégulièrement et faiblement.

Influenza en 1889 à forme bronchique avec céphalalgie vive. Depuis 3 ans à Paris, elle se fatigue beaucoup et a quelquefois le soir les chevilles œdématisées.

L'affection actuelle date d'un mois et a débuté par des *nodosités dures* et douloureuses sous-cutanées qui ont abouti rapidement aux ulcérations que la malade présente actuellement.

Ces ulcérations siègent sur les jambes, depuis la racine de la cuisse jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne ; il n'en existe que 2 ou 3 sur la fesse et la région lombaire. Leurs dimensions sont très inégales : lenticulaires, du volume d'un pois sur la face antérieure des jambes, elles atteignent sur les mollets, les dimensions d'une noisette, d'une petite noix ; toutes les dimensions se rencontrent entre ces deux extrêmes.

D'une façon générale, ces ulcérations ne sont pas douloureuses spontanément, mais le moindre frottement, le plus léger attouchement est excessivement douloureux, de sorte qu'en réalité, la malade souffre beaucoup.

L'évolution de chaque ulcération est d'une durée de 3 à 15 jours et plus, suivant le siège et le volume de l'élément initial.

La malade perçoit d'abord une petite nodosité sous-cutanée, sensible. Au bout de 24 à 48 heures, la surface cutanée recouvrant cette ulcération devient érythémateuse. A son centre se fait un soulèvement épidermique, sans exsudat ; c'est simplement un décollement de l'épiderme. De sorte qu'à cette période, il existe un centre grisâtre de soulèvement épidermique et un pourtour érythémateux.

Le centre épidermique se perfore, se creuse, devient infundibuliforme et rapidement cupuliforme : on dirait qu'avec une curette on a enlevé la peau et les tissus sous-jacents. Tout autour du trou central, l'épiderme est décollé légèrement. L'ulcération s'agrandit, se creuse, la zone érythémateuse s'élargit, et à mesure qu'elle s'élargit, elle s'entoure d'un cercle pigmenté qui lui forme une bordure étalée.

L'élément éruptif est alors à sa période d'état et comprend trois zones : une centrale qui est l'*ulcération en curette* ; une intermédiaire érythémateuse qui se confond peu à peu par teintes dégradées avec la zone externe ou périphérique fortement pigmentée sur les bords.

L'ulcération n'a pas ses bords décollés, mais inclinés en pente douce, ses parois et son fond sont recouverts d'un exsudat brillant, de nature lymphatique, produit par des bourgeons charnus qui, s'ils suintent beaucoup, suppurent peu. Ces ulcérations diffèrent des gommés syphilitiques qui suppurent plus qu'elles ne suintent.

Quand l'élément est petit, il évolue vite et en 3 ou 4 jours il guérit, ne témoignant de son existence que par une cicatrice blanchâtre centrale et un anneau périphérique pigmenté.

En certains points et surtout sur la face antérieure des jambes, des ulcérations de petites dimensions réunissent leurs circonférences pigmentées pour former de larges placards brunâtres, parsemés de petits cercles blanchâtres, indices de l'ulcération ancienne ou présentant encore quelques ulcérations en voie d'activité.

Sur le mollet, on voit encore, aux deux jambes, de larges et profondes ulcérations, véritablement térébrantes par leur profondeur.

L'éruption comporte d'autres *éléments d'apparence acnéique* sur les membres inférieurs et la face. Sur la face, ils ont l'aspect de papules saillantes dont quelques-unes sont légèrement excoriées et croûteuses, et d'autres sont brillantes à leur surface, d'aspect lichénoïde.

Fait intéressant à signaler, si les bords pigmentés se réunissent, il n'en est pas de même des ulcérations, qui restent toujours isolées les unes des autres.

On note également sur les membres et en particulier sur les bras, au-dessus des régions épitrochléennes, des nodosités que l'on pourrait prendre, soit pour des ganglions épitrochléens, soit pour des infiltrations syphilitiques.

Le cœur, les poumons, les reins, le foie sont normaux. Il n'y a ni sucre, ni albumine ; les réflexes sont bons, le système nerveux sain, la sensibilité normale.

Les auteurs n'ont éliminé le diagnostic de gommés tuberculeuses qu'à cause de l'examen histologique, dont on trouvera plus loin (chap. V) les principaux caractères. Ils ont comparé le cas à l'*érythème induré* dont ils l'ont différencié par son évolution rapide, et au *lupus érythémateux* par l'aspect histologique des coupes. Au point de vue pathogénique, l'interprétation toxinique leur a paru la plus rationnelle. La suite de l'observation montre qu'ils étaient dans le vrai, en pensant à la tuberculose comme cause possible de l'affection. La syphilis a d'ailleurs été éliminée et par l'absence de stigmates et par les résultats négatifs du traitement.

Malade, rentre en juin 1898, dans le service de M. le professeur Fournier, pour des lésions des jambes analogues aux précédentes. On

voit en effet disséminées, sur tout le membre inférieur des cicatrices lisses, superficielles, fortement pigmentées, syphiloïdes et de nouvelles ulcérations ayant l'aspect si bien décrit plus haut ; par ci par là, on trouve encore sous la peau, mais en très petit nombre, de petites tumeurs de la grosseur d'un pois en moyenne, dont l'évolution est identique aux précédentes.

L'état général de la malade n'est pas très bon ; elle se plaint de fatigue général, de faiblesse sans préciser autrement ; elle a le teint pâle et les muqueuses décolorées, elle tousse un peu, depuis quelque temps et expectore quelques crachats muqueux.

A l'auscultation, on trouve *sous la clavicule droite* des sortes de râles secs superficiels nombreux, qui ont toute l'apparence de frottements pleuraux ; l'inspiration est un peu saccadée et l'expiration prolongée ; la percussion ne décèle par comparaison que des différences à peine sensibles d'un côté à l'autre.

Le reste du poumon droit et le poumon gauche paraissent normaux.

L'examen des crachats qui avait déjà été fait lors du 1^{er} séjour de la malade à l'hôpital, est refait de nouveau, plusieurs fois, par M. le Dr Gastou, chef du laboratoire de la Faculté ; il a toujours été *négalif* au point de vue du bacille de Koch.

On notait encore dans les diverses régions, cervicales, axillaires, inguinales, la présence de petits *ganglions* du volume d'un pois ou d'un petit haricot, durs et non douloureux.

Il y a quelques mois, la malade a succombé aux progrès de sa tuberculose pulmonaire ; nous l'avions perdu de vue depuis sa sortie de l'hôpital, fin juillet 1898. D'après les renseignements que nous a donnés une personne avec laquelle elle était en relations, elle n'avait jamais cessé de présenter des poussées d'éléments nodulaires sur les membres inférieurs, et elle avait, paraît-il, remarqué qu'elle *toussait moins et respirait mieux* lorsque « ses jambes étaient ulcérées ».

Entre temps, une de ses sœurs est morte de tuberculose aiguë.

On peut rapprocher de ce dernier cas, deux observations que l'on trouvera à la fin de notre thèse ; l'une est du Dr Du Castel et intitulée : *Folliculites tuberculeuses* ; l'autre, du Dr Galloway, a été présentée sous le nom d'*acné scrofulosorum* à la Société anglaise de dermatologie, en février 1896.

CHAPITRE IV

Rapports étiologiques avec la tuberculose. — Valeur séméiologique.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre en un paragraphe spécial, sur les conditions étiologiques accessoires, relatives au sexe, à l'âge, etc... ; nous en parlerons, chemin faisant, si cela nous paraît de quelque utilité. On peut dire ici cependant, que les affections que nous venons de passer en revue sont l'apanage des individus jeunes ou adultes, et qu'elles sont exceptionnelles chez les vieillards, puisque, à part le cas de Grunewald (acné des cachectiques), pas une observation n'a rapport à des malades ayant atteint 50 ans. Cette remarque n'est pas faite pour écarter l'idée de tuberculose comme base étiologique.

Mais pénétrons plus avant dans notre sujet, et examinons la fréquence des lésions tuberculeuses en activité et manifestes chez les malades. Il nous a paru qu'une statistique en bloc aurait moins de valeur qu'une statistique par groupes, pour discuter les observations négatives ou douteuses, pour montrer les rapports, s'il y en a, de chaque groupe ou de chaque type avec les localisations diverses de la bacillose et la valeur qu'on peut attribuer à la forme de l'éruption au point de vue séméiologique.

A. — Groupe acnitis.

Faisons remarquer tout d'abord, que les observations de ce groupe sont de date déjà ancienne, et qu'elles ont été publiées dans un moment où la tuberculose n'était pas encore soupçonnée, comme pouvant avoir quelque rapport avec l'éruption.

Des huit observations que nous avons résumées dans ce groupe,

une seule, celle de Colott Fox, indique nettement la présence de lésions tuberculeuses chez le malade qui en fait l'objet. Celle de Pollitzer a trait à un jeune homme « qui n'est pas très robuste » ; le malade de Pickavait perdu « sa première femme de tuberculose » et n'était pas d'aspect très bien portant ; le 2^e cas de Kaposi était survenu chez une femme « anémique ». Bref on peut récuser ces observations au point de vue clinique général, parce que l'état des divers organes n'y est pas ou y est très insuffisamment signalé, et aussi par ce fait que nous ne savons ce que les malades sont devenus. Nous verrons en effet, dans la suite, qu'un certain nombre d'individus ne deviennent *cliniquement* tuberculeux, qu'un an, deux ans et même plus, après avoir fait une ou plusieurs poussées éruptives.

Nous nous arrêterons davantage aux cas d'acnitis de M. le Dr Barthélemy, car c'est lui qui jusqu'à présent s'est élevé avec le plus de force contre la doctrine des tuberculides, contre les relations de ces cas avec la tuberculose. Il a d'ailleurs revu, après huit ans environ, deux de ses malades. « Aucun de mes trois malades, dit-il, ne présentait de tuberculose au moment de leur éruption, et les deux que j'ai revus dans la suite, n'étaient pas plus tuberculeux qu'à l'époque de leurs accidents cutanés. »

Que ces malades ne soient pas devenus tuberculeux (nous préférons le mot phtisiques), nous le croyons volontiers et nous ne voulons même pas nous retrancher derrière l'hypothèse en somme très vraisemblable, mais par trop facile, d'une tuberculose profonde, viscérale ou ganglionnaire, à évolution lente et torpide. Nous allons même plus loin et nous croyons que ces malades ne sont plus en puissance de bacille de Koch, du moins en activité, pour cette raison que depuis tantôt dix ans, ils n'ont présenté aucune nouvelle éruption. Mais voyons si, par hasard, la possibilité, nous ne dirons pas d'une lésion tuberculeuse, mais d'une infection bacillaire doit être complètement rejetée des observations de M. le Dr Barthélemy. Qu'a-t-il noté au point de vue de l'état général ? Nous citons presque textuellement :

OBS. I. — Th..., 23 ans. Le début de l'éruption a été marqué par un léger état *fébrile*, sans embarras gastrique (?).

Au cours de l'éruption, le malade est *pâle*, et peut-être considéré comme lymphatique (?) ... M. le professeur Fournier est *assez frappé de son état de pâleur* pour le soumettre d'emblée à l'administration du sirop d'iode de fer.

Plus tard, l'affection s'est améliorée avec l'état général, grâce à une bonne nourriture, au repos, à l'hygiène, au quinquina, etc...

OBS. II. — Bo..., 27 ans, malade petit, modérément vigoureux, *pâle*, ayant eu des *rhumatismes* de 16 à 24 ans, *sans rien au cœur*. L'articulation du poignet droit est *chroniquement* tuméfiée ; au pied du même côté, il existe des vestiges d'arthrite rhumatismale (?).

Malade sujet au coryza.

Au cours de son séjour à l'hôpital, le malade présente dans les premiers jours, un *état infectieux* mal déterminé, d'une durée de 3 à 4 jours, constitué par un malaise général, un mal de gorge, une fluxion droite de la face et des ganglions sous-maxillaires.

Plus tard il fait un *zona thoracique* dont les violentes douleurs de côté faisaient craindre une pleurésie. A la suite de ce zona s'établissent des *adénopathies axillaires bilatérales*, et un état de *pâleur et d'anémie accentuée*, le tout persistant encore à la sortie du malade.

Il existait aussi quelques *adénopathies* légères dans la région cervicale (en arrière du sterno-mastoïdien).

OBS. III. — X..., 27 ans, cocher. Malade maigre, *sujet au rhume*. Au moment où l'éruption atteignait son maximum d'intensité, le malade était *fatigué, anémié*, il avait moins d'appétit.

Il suffit de jeter sur ces trois observations, un simple coup d'œil pour voir que, dans les trois cas, il s'agit d'une infection, évidemment mal déterminée, mais enfin incontestable, profonde et tenace, étant donné l'état d'anémie et d'affaiblissement des malades, infection à caractère cyclique, dont on pourrait suivre presque pas à pas la marche ascendante puis descendante, sans fièvre, chez des hommes jeunes qu'elle abat en fort peu de temps, infection à laquelle l'éruption a été intimement liée puisqu'elle a grandi et diminué avec elle. Or, connaissons-nous un agent infectieux, connaissons-nous une infection, la syphilis et le paludisme mis à part, qui soit, plus que la tuberculose, plus que le bacille de Koch, capable d'évoluer pendant aussi longtemps sans provoquer aucune détermination

organique appréciable? Il est au moins, croyons-nous, téméraire de nier que ce bacille n'a joué aucun rôle chez les malades en question. Si nous considérons d'ailleurs l'observation II, où l'état infectieux paraît avoir été le plus intense et le plus durable, et dont le sujet, revu huit ans après non tuberculeux, est le plus gros argument de M. le D^r Barthélemy, nous nous posons de suite ces deux questions liées d'ailleurs l'une à l'autre : quelle était la nature des rhumatismes dont le malade a souffert pendant 8 ans, quelle était la nature de l'arthrite chronique dont son poignet droit était affecté? M. le D^r Barthélemy nous dit qu'il s'agissait d'un rhumatisme déformant « et l'on sait, ajoute-t-il, combien cette affection est indépendante de la tuberculose ». Nous avouons ne pas être satisfait de la réponse : *d'abord* parce que le mot rhumatisme déformant n'explique rien, il dénote un état, une manière d'être, il n'en éclaire pas la cause quand bien même on admettrait chez le malade qui a le triste privilège d'en être atteint, l'arthritisme le plus invétéré ; *ensuite* parce que nous ne pouvons nous empêcher de douter de la nature vraiment rhumatismale, de ces rhumatismes qui pendant tant d'années, ont frappé un jeune homme, presque un adolescent, sans déterminer aucune lésion cardiaque ; *enfin* parce que la prétendue indépendance du rhumatisme dit déformant avec la tuberculose, n'est rien moins que prouvée. En effet, en parcourant les diverses observations de tuberculides, appartenant à tous les groupes, nous avons noté 15 fois sur 50 cas, des douleurs articulaires, passées ou actuelles, avec ou sans lésions, chez des malades nettement tuberculeux. Citons, entre autres, les deux cas suivants typiques à cet égard :

CAS DE M. DARIER. — *Tuberculides disséminées à forme d'acné cachectique avec coexistence de folliclitis et d'une gomme tuberculeuse.*

Femme de 48 ans (déc. 1896).

Antécédents tuberculeux très chargés. Mari mort tuberculeux.

Enfance chétive avec gourmes et ganglions toujours engorgés.

Rhumatisme articulaire aigu à 22 ans.

Depuis 1877 nombreuses bronchites. En juin 1895 ont apparu des douleurs vagues dans les articulations des membres inférieurs, surtout des genoux et des cous-de-pied, et dans celles des doigts.

Les jointures se sont peu à peu tuméfiées et sont restées déformées. Actuellement on se trouve en présence d'une femme profondément affaiblie, amaigrie et cachectique. *La plupart de ses jointures sont atteintes de rhumatisme chronique déformant.*

Tuberculose ganglionnaire et pulmonaire bilatérale (3^e degré).

CAS DE M. THIBIERGE. — *Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux* (Ann. derm., février 1898).

J..., 45 ans, maigre, blond vénitien.

Tuberculose pulmonaire depuis 4 ans et bilatérale.

Ostéopériostite tuberculeuse de la 6^e cervicale, du cubitus gauche, gommés tuberculeux du poignet et du genou gauches.

Antécédents personnels. — Série d'attaques de rhumatisme à localisations multiples ayant laissé à leur suite des *déformations des doigts*, et une déformation du dos avec voussure et cyphose, faisant penser au premier abord à un mal de Pott.

Personne n'oserait, croyons-nous, dans ces deux cas, incriminer l'arthritisme, à moins que l'arthritisme ne soit quelquefois de la tuberculose (1) !

Passons le zona qu'a présenté le malade, passons les adénopathies persistantes et bi-axillaires consécutives, accidents qui nous permettraient, avec une certaine apparence de raison, d'admettre une infection pleurale passagère, passons les résultats de l'examen histologique de M. Darier qui décèle des lésions fort semblables à celles de la tuberculose, sinon tuberculeuses elles-mêmes, et concluons :

Rien n'est moins prouvé que l'absence d'une infection bacillaire au moins passagère, dans les cas d'acnitis de M. Barthélemy.

B. — Groupe folliculis.

Laissons de côté les observations d'Hutchinson et celles du professeur Bœck, dans lesquelles la présence de stigmates tuberculeux, principalement ganglionnaires, est constante et occupone-

(1) MM. Teissier et Roque dans le troisième volume du *Traité de médecine* (Brouardel et Gilbert) disent : « Ce que l'on trouve dans l'hérédité du rhumatisme chronique progressif..., c'est la scrofule..., c'est la tuberculose, la phtisie pulmonaire, etc... »

nous seulement des observations publiées en France et faciles à contrôler.

Sur 27 observations pouvant se rapporter à ce groupe, nous avons noté seize fois la présence d'une ou de plusieurs lésions tuberculeuses certaines, deux fois de grandes probabilités en faveur d'une tuberculose pulmonaire, et 9 fois l'absence de tuberculose ou plutôt l'absence de renseignements suffisants. — Point important : Ces neuf observations dans lesquelles on ne relève pas trace de tuberculose sont toutes antérieures (sauf une), au moment où la possibilité des rapports de ces lésions avec la tuberculose, a été signalée :

1° Examinons d'abord ces neuf observations négatives : ce sont celles de MM. BARTHÉLEMY (2), DUBREUILH (2), TANVET (2), TENNESON ET LEREDDE (2), DANLOS (1).

De ces neuf cas, quatre n'ont pas été suivis au delà de quelques mois ou semaines, et par conséquent pourraient de prime abord, être éliminés, ce sont ceux de MM. Tenneson et Leredde, de M. Danlos, et le deuxième de M. Barthélemy. — Les trois premiers ont trait à des malades présentant tous les attributs du lymphatisme (?) — Le dernier concerne une femme jeune aussi, dont l'état des organes n'est pas noté, mais qui était loin, quoique grasse, d'avoir une santé florissante, puisqu'elle fut soumise à une médication tonique et que, 3 ans avant l'éruption, elle avait présenté des douleurs dans les membres avec de l'œdème des jambes et de l'aménorrhée pendant 6 mois. Depuis, les époques menstruelles avaient réapparu, mais irrégulièrement.

Restent cinq cas :

Le premier, de M. Barthélemy, concerne un malade maigre, sujet aux douleurs rhumatoïdes, ayant perdu sa première femme de tuberculose. L'auteur de l'observation a d'ailleurs admis, étant donné l'état « maigre et épuisé » du sujet, la possibilité d'une lésion bacillaire non apparente (*Annal. dermat.*, fév. 1899).

Les deux cas suivants sont ceux du mémoire de M. le professeur Dubreuilh : l'un a trait à une jeune malade qui présentait depuis 13 ans des poussées éruptives continuelles ; elle ne se plaignait

d'aucun trouble de la santé générale, mais l'état des organes n'est pas autrement signalé. Dans l'autre, il s'agissait d'une personne jeune également, réglée à 17 ans, irrégulièrement, peu abondamment et présentant un peu d'*anémie*. Depuis environ 2 ans, elle était sujette à des éruptions intermittentes.

Les deux dernières observations, celles rapportées par Tanvet dans sa thèse, sont : la première, celle d'une femme dont l'état pulmonaire, ganglionnaire, etc..., n'est pas noté et qui avait vu, huit ans auparavant, survenir l'éruption dont elle souffrait tous les hivers, à la suite d'une maladie qui avait déterminé chez elle *une anémie prononcée, une grande faiblesse et une pâleur de la peau assez marquée*. — La seconde, celle d'un homme souffrant de son affection cutanée depuis une dizaine d'années, et qui *ne paraissait pas avoir de troubles marqués de la santé*.

Dans toutes ces observations, *il est, on le voit, impossible de nier la présence d'une lésion tuberculeuse*. Plusieurs d'entre elles, même, seraient plutôt en sa faveur.

2° Abordons maintenant les cas où la tuberculose est probable ou certaine.

a) CAS PROBABLES. — L'un est de M. Du Castel : Jeune femme dont le père et le mari sont morts de *phtisie pulmonaire*, et qui, depuis la mort de son mari, présente, d'une part, son éruption (mains, pieds, jambes) et d'autre part, un certain degré d'*anémie*, avec quelques *hémoptysies* (*Ann. derm.*, juin 1898).

L'autre de M. Balzer, a trait à une femme de 29 ans, présentant un type de variété régionale de la folliclis. Cette malade qui était « dans un état assez accentué de *maigreur et d'anémie avec décoloration des muqueuses* », contracte *chaque année une ou deux bronchites* avec expectoration abondante, sans hémoptysie (*Ann. derm.*, février 1899).

Nous ne savons pourquoi M. Barthélemy a considéré la malade comme non tuberculeuse, le doute est au moins permis.

b) CAS CERTAINS. — Ces seize cas se répartissent ainsi :

5 cas de tuberculose ganglionnaire seule (ou paraissant telle).

5 cas de tuberculose pulmonaire seule (ou paraissant telle).

4 cas de tuberculose pulmonaire associée à une tuberculose ganglionnaire.

1 cas de tuberculose ganglionnaire et cutanée.

1 cas de tuberculose ganglionnaire, osseuse, cutanée.

En somme, sur 16 cas, 9 cas de *tuberculose pulmonaire*, et sur ces 9 cas, 7 répondaient à une *tuberculose tout à fait au début* (induration) ; dans les deux autres, il y avait déjà quelques râles fins. Six fois, la lésion siégeait à *droite*, au sommet, une fois au sommet gauche, une fois aux deux sommets ; dans un cas, le siège n'est pas indiqué.

Chez le malade de Darier, l'éruption avait débuté cinq ans auparavant, très probablement avant l'établissement des signes cliniques de la tuberculose (induration du sommet gauche).

Dans le dernier cas de M. Hallopeau, le malade n'avait commencé à tousser que depuis 3 mois (induration droite) et l'éruption avait débuté 2 ans auparavant (*Ann. dermat. et syph.*, juin 1899).

Dans d'autres, où la tuberculose ne présentait que les signes du premier degré, la première éruption remontait à 3 ans (Hallopeau), à 10 ans (Bauprez), à 8 ans (Balzer et Leroy) ; il est vrai qu'il existait dans ces cas, des traces de tuberculose ganglionnaire (cicatrices) datant de plusieurs années avant l'éruption, ou de la tuberculose ganglionnaire concomitante (ramollissement sans ouverture, hypertrophie simple).

Enfin, dans tous les cas, l'éruption était discrète, et dans 4 cas, elle était localisée aux mains et aux doigts, une fois seulement il y avait, en plus, quelques boutons à la nuque (Malherbe). Dans ces quatre cas, l'éruption apparaissait aux premiers froids et coexistait avec des engelures et une asphyxie locale prononcée.

Dans les cinq cas où l'on ne constatait que de la tuberculose ganglionnaire, les lésions étaient beaucoup plus disséminées et avaient apparu plus rapidement ; dans un de ces cas où il existait une adénite suppurée (Hallopeau et Bureau), l'éruption s'était, en trois mois, étendue sur tout le corps, et était confluyente en certains endroits. Ce cas appartient plus au groupe lichénoïde qu'à la folliculis.

Dans les deux cas où l'éruption s'accompagnait 1° de tuberculose ganglionnaire non suppurée et de lupus de la face (Balzer) et 2° de tuberculoses multiples (Meneau), elle était dans ce dernier disséminée ; dans l'autre localisée aux mains atteintes d'asphyxie locale, mais la malade était suspecte de tuberculose pulmonaire.

α) Cette statistique permet-elle d'attribuer à une forme ou à une variété du groupe folliclis, une relation nette avec une de ces localisations de la tuberculose ? Il est impossible de répondre d'une façon très catégorique à cette question ; néanmoins on peut dire que les cas où l'éruption était discrète, et surtout régionale, étaient plus manifestement que les autres en rapport avec l'existence d'une lésion pulmonaire (obs. Darier, Malherbe, Fringuet). Dans les cas difficiles à classer dans le groupe folliclis ou dans le groupe miliaire, mais se rapprochant plus de ce dernier (Brocq, Thibierge, Hallopeau et Bureau), constitués par une éruption d'emblée plus abondante, plus groupée et composée d'éléments plus superficiels, on ne trouve signalées que des lésions extra-pulmonaires, ganglionnaires. Nous ne voulons pas nous étendre plus longtemps sur un point de statistique aussi épineux, de peur de pénétrer dans le domaine de l'hypothèse pure. Cependant, si l'on nous demandait de conclure, nous dirions que d'une façon générale les tuberculides du groupe folliclis, paraissent liées à la tuberculose au début, au premier stade de l'infection bacillaire, principalement pulmonaire.

β) Cette conclusion s'appuie sur les faits suivants :

1° Rareté d'une tuberculose pulmonaire avancée (3° degré) ou de ganglions suppurés et ouverts chez les malades.

2° Coexistence fréquente d'une éruption vieille déjà comme début ou première apparition, avec des lésions tuberculeuses peu avancées ou même seulement soupçonnables (Darier, Malherbe, Du Castel, Hallopeau, etc.).

3° Développement tardif bien et dûment constaté des signes cliniques de tuberculose, un an ou plus après la première éruption (HALLOPEAU, *Annal. Derm.*, mai 1899).

Donc, l'apparition de tuberculides du groupe folliclis et sur-

tout de la variété régionale peut être un signe prodromique de la tuberculose. Par conséquent, *toute éruption de cette nature, quelque localisée qu'elle puisse être, doit attirer l'attention du médecin, et lui faire craindre chez le malade qui en est porteur, même sain d'apparence, le développement ultérieur de lésions tuberculeuses, principalement du côté du poumon.*

Cette dernière conclusion donne à cette classe de tuberculides une importance de premier ordre. Il est bon, toutefois, d'ajouter que l'on a généralement affaire dans ces cas à *une forme de tuberculose à marche torpide, à évolution très lente.* Cependant, dans une observation du Professeur Bæck que nous avons rapportée antérieurement, le développement d'une tuberculose miliaire a suivi, à bref délai, l'apparition de l'éruption cutanée, et une malade du Dr Dubois-Havenith (1) mourut de tuberculose aiguë 4 ou 5 ans après le début de son éruption.

C. — Groupe miliaire ou lichénoïde.

Dans tous les cas que nous avons rapportés et classés dans ce groupe, il existait chez les malades des lésions tuberculeuses manifestes, et l'éruption avait toujours apparu alors que ces lésions dataient d'un temps plus ou moins long. *Donc au point de vue pratique, l'apparition d'une éruption de ce genre ne paraît pas avoir l'importance de celles du groupe précédent, puisqu'elle survient chez des tuberculeux avérés.*

Il faut remarquer en outre que, dans les deux premiers types (types papulo-squameux, types papulo-pustuleux à petits éléments), l'éruption coïncidait toujours avec des lésions ganglionnaires dont trois suppurées, chez des sujets *jeunes* ne dépassant pas 20 ans, et en assez bon état de santé générale.

Dans le troisième type (type pustulo-érythémateux) l'éruption coïncidait dans un cas avec des tuberculoses pulmonaire et osseuse suppurée, dans l'autre avec une tuberculose pulmonaire arrivée

(1) *Ann. de derm. et syph.*, fév. 1889.

à la période cavitaire : dans les deux cas, les sujets étaient cachectiques.

Dans le quatrième type (type papulo pustuleux à gros éléments) l'affection cutanée se présentait dans le premier cas (Grünewald), chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire et ganglionnaire ; dans le second (Darier) il existait aussi des lésions bacillaires avancées des poumons et des adénopathies : les deux malades étaient, de même que dans le troisième type, arrivés à un degré de cachexie avancée.

On pourrait donc en conclure que les deux premiers types constituent une forme qu'on pourrait appeler *forme infantile ou juvénile* et les deux derniers, une *forme cachectique ou sénile*, la première liée aux tuberculoses externes principalement ganglionnaires, la deuxième paraissant être l'expression d'une tuberculose évoluant sur un terrain débilité et par la maladie et par l'âge.

D. — Groupe nodulaire.

Nous ne ferons que rappeler ici l'importance, au point de vue sémiologique de l'observation que nous avons proposée d'étiqueter : *Tuberculides nodulaires disséminées, variété ulcéreuse*, dans laquelle l'infection tuberculeuse n'a commencé à se révéler, que plusieurs mois après le début de l'éruption cutanée. La marche en somme rapide de la tuberculose pulmonaire dans ce cas, permet peut-être d'attribuer à cette variété une signification pronostique plus grave. On ne saurait cependant conclure d'après un seul cas.

Faits cliniques qui plaident en faveur des rapports de cause à effet entre la tuberculose et les tuberculides.

Malgré la valeur incontestable des observations, qui montrent en toute évidence, la *fréquence de la tuberculose* chez les malades présentant ces éruptions cutanées ; malgré celle qui s'attache à l'avenir de ces malades qui *deviennent tuberculeux* dans la suite,

qui, lorsqu'ils meurent, *meurent de tuberculose* pulmonaire ou aiguë, et chez qui, lorsque la clinique n'a pas décelé la présence de la tuberculose, *l'autopsie vient la révéler*, il est encore utile, croyons-nous, de rappeler quelques faits qui attestent d'une façon plus nette les relations étroites entre la tuberculose et les tuberculides.

Nous ne ferons que citer le cas observé par le Pr Bœck où, à la suite d'un traitement par le sulfure de calcium, des adénopathies tuberculeuses avaient diminué, et où il apparut à la peau presque immédiatement, une fois des taches de lupus érythémateux discoïde, et une autre fois du lupus érythémateux typique et des lésions de folliclis (Exanthèmes de la tuberculose. Obs. I). Rappelons pour mémoire et sans y insister autrement, le cas de notre malade (obs. XXV) chez laquelle il y avait une sorte de balancement entre l'éruption et les symptômes pulmonaires, et arrivons aux faits plus fréquents, où l'on a observé des poussées de tuberculides suivant à bref délai une poussée de tuberculose viscérale ou ganglionnaire.

En se reportant à l'observation de *Giovannini* antérieurement citée (obs. XXIV), on verra que cet auteur constata le début de l'éruption au cours d'une maladie infectieuse qu'il pensait être une fièvre typhoïde et qui n'était qu'une poussée de typhobacillose, puisque le Dr Giovannini nota très nettement au 45^e jour de l'éruption « à la percussion, une légère submatité dans la fosse sus-épineuse droite ; à la palpation une augmentation des vibrations vocales au sommet droit en arrière ; à l'auscultation de la rudesse du murmure vésiculaire » sa malade était en plus très débilitée, avec une rate très hypertrophiée et une température de 39°

Dans le cas du Dr Marfan (*Bull. Méd.*, 1897, n° 30), et qui a trait à une éruption difficile à classer (folliclis ou lichénoïde), celle-ci avait débuté après une rougeole, en même temps que de la tuberculose pulmonaire et de l'adénopathie trachéo-bronchique à marche rapide.

Dans celui du Dr Meneau (*Journal des mal. cut. et syp.*, 1898, n° 4), l'éruption avait débuté, d'une façon discrète mais disséminée, à la suite d'une opération sanglante pratiquée sur une ostéite

tuberculeuse. Ne peut-on pas admettre avec toute apparence de raison, dans ce cas, une infection sanguine toxique, voire même bacillaire ?

Dans l'observation fort intéressante du Dr Stanley que nous citons plus haut, l'éruption (acné scrofulosorum) apparaissait en même temps que des fluxions ganglionnaires. « La période d'activité de l'éruption cutanée était, au dire du malade, toujours accompagnée par une période d'activité des *glandes scrofuléuses* du cou. Pendant l'hiver elles demeuraient tranquilles ; mais vers avril de chaque année, simultanément l'éruption paraissait à la peau, les glandes cervicales se gonflaient et donnaient une sécrétion abondante. »

De même, la malade du Dr Beauprez, avait remarqué que les poussées éruptives correspondaient à des fluxions passagères des ganglions du cou (Beauprez, thèse Paris, 1898).

Dans un autre ordre d'idées, qui d'ailleurs touche de près notre sujet, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, dans le *lupus érythémateux*, est-ce que Hebra et Kaposi ne disent pas dans leur *Traité des maladies de la peau* (traduct. Doyon, p. 404) : « Tant que le *lupus* se produit par des poussées considérables, on peut observer une aggravation de l'état général du malade, l'apparition d'une dysménorrhée, d'une aménorrhée, et l'exagération du *catarrhe des sommets des poumons*. » Retournons la proposition et elle sera, croyons-nous, mieux à sa place.

Rappellerons-nous que nous avons nous-même, rapporté avec M. le Dr Leredde (1) un cas fort intéressant où une éruption un peu particulière comme type, associée, il est vrai, à *des éléments acnéiformes* sur diverses parties du corps, avait apparu chez un jeune malade, à la suite d'une poussée de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire cliniquement et objectivement très nette ?

Nous pourrions ainsi multiplier les faits.

Nous pensons, d'ailleurs, qu'ils seraient encore plus nombreux,

(1) LEREDDE et HAURY, Tuberculides angiomateuses et hypertrophiques multiples, coïncidant avec des lésions tuberculeuses des poumons et des ganglions (*Annales de dermat. et syph.*, avril 1899).

si dans chaque observation on notait minutieusement tous les symptômes, même négligeables en apparence, qui accompagnent, précèdent ou suivent immédiatement l'éruption. En effet, nous sommes persuadé qu'un certain nombre d'affections d'allures bénignes ou considérées comme telles, passagères, mal définies, que l'on étiquette rhume, grippe, etc... sont des manifestations, au niveau des muqueuses respiratoires, de la tuberculose ou mieux d'une infection bacillaire. Ne savons-nous pas, en effet, que, chez beaucoup d'individus, on voit survenir pendant longtemps, quelquefois pendant des années, avant l'apparition des signes cliniques de la bacillose, des rhumes, des bronchites à répétition, bronchites saisonnières évoluant plus ou moins vite, des enrouements au moindre changement de température, rhumes et bronchites que l'on qualifie de simples (?) et qui ne sont que le prélude d'une tuberculose, trop souvent mortelle ? Certainement on peut dire, et on ne s'en fait pas faute d'ailleurs, qu'il ne s'agit là que d'infections banales (?) préparant le terrain au bacille de Koch. Mais ce n'est là qu'une pure hypothèse, qu'une explication, comme tant d'autres hélas qui, sous une apparence scientifique, ne font que cacher notre ignorance !

La présence du bacille de Koch au niveau de nos muqueuses en contact avec l'air extérieur (nez, pharynx, etc...) n'est pas cependant chose rare. Il y a quelques années, le professeur Straus a démontré nettement sa présence, sur la pituitaire. Est-il donc si invraisemblable d'admettre, *a priori*, que, tout comme le pneumocoque, le bacille de la tuberculose puisse subir des influences atmosphériques, saisonnières ou autres qui, pour un temps, augmentent sa virulence et provoquent, au contact des membranes, un véritable *catarrhe bacillaire* ? Le Dr Heller (de Kiel), à l'assemblée des naturalistes et médecins allemands, tenue à Heidelberg, du 18 au 22 septembre 1889 (1), s'exprime ainsi, à ce sujet : « Une autre forme encore peu connue de la tuberculose est celle que je désignerai sous le nom de catarrhe bacillaire. Deux cas

(1) *Sem. méd.*, 1889, p. 365.

que j'ai pu observer, montrent bien, en effet, que les bacilles tuberculeux peuvent, sans pénétrer dans les tissus, provoquer sur des surfaces couvertes d'épithélium, un état pathologique... Il faut donc admettre, à mon sens, que les bacilles tuberculeux, en contact avec l'épithélium des muqueuses, y peuvent *provoquer sur place*, et *sans les traverser*, un état pathologique qui marche de pair avec une augmentation de la sécrétion et une émigration de leucocytes, tout comme dans les autres catarrhes.

Ce *catarrhe bacillaire* doit être, par conséquent, considéré comme le *premier effet* du bacille tuberculeux. »

Mais il y a encore mieux : le *bacille de Koch* peut exister dans nos tissus plus profonds, à l'état virulent, sans y déterminer, au moins dans certains cas, la moindre lésion. « La constatation d'un tel fait, qui étonne au premier abord, a été faite par Pizzini (*Riforma medica*, octobre 1891). Cet auteur a recherché systématiquement, si les ganglions lymphatiques d'individus non tuberculeux ayant succombé à une maladie aiguë ou à un accident, contenaient le bacille de Koch : Sur trente sujets morts de cette façon, et qui ne présentaient aucune lésion manifeste de tuberculose, il a inoculé à des cobayes, les ganglions lymphatiques péribronchiques, les ganglions mésentériques et cervicaux *sains d'apparence*. Douze fois sur trente, les cobayes sont devenus tuberculeux. Il peut donc arriver que le bacille existe dans l'organisme, et en particulier dans les ganglions lymphatiques, sans se manifester par aucune réaction sur les tissus. Et ce fait se verrait chez des individus prétendus indemnes de tuberculose, dans l'énorme proportion de 40 0/0 (1). »

Nous voyons donc, par ces faits, combien il est difficile de nier la nature bacillaire d'une infection quelconque (coryza (2), laryn-

(1) Dr POTIER, *La Polyadénite chronique chez les enfants tuberculeux* (Thèse Paris, 1894).

(2) Le Dr Leredde pense d'ailleurs que la présence du bacille de Koch, au niveau de la muqueuse nasale, peut être la cause de certains lupus érythémateux, et que la localisation ordinaire de cette affection au voisinage du nez, n'est pas sans rapport avec elle.

gite, etc.) si légère soit-elle, puisque le bacille de Koch est un des hôtes fréquent pour ne pas dire constant, non seulement de nos surfaces muqueuses, mais encore de nos tissus les plus intimes. Aussi, qu'on tienne compte dans les futures observations de tous les symptômes, même de ceux en apparence négligeables, et l'on verra que l'apparition d'une poussée de tuberculides ne se produit pas le plus souvent sans cause apparente, comme il est dit dans la plupart des cas publiés.

CHAPITRE V

Résultats des examens histologiques.

Nous venons de voir, dans le chapitre précédent, qu'il y avait entre la tuberculose et les éruptions de tuberculides, des rapports étiologiques indéniables. Cherchons à savoir de quelle nature sont ces rapports. L'histologie nous permet-elle d'éclairer notre opinion ? En un mot, les tuberculides présentent-elles la structure pathognomonique du follicule tuberculeux ? Procédons ici encore avec méthode, et tâchons de voir clair dans les résultats contradictoires, au moins en apparence, qui ont été observés.

1^{er} Groupe. — Acanthis.

Examen de M. BARTHÉLEMY (1). — Une biopsie faite sur un élément déjà suppuré lui a donné les résultats suivants : masse nodulaire formée d'un grand nombre de cellules embryonnaires, très petites, très serrées, égales, faisant paroi, tapissant une loge dans l'intérieur de laquelle se trouvent des leucocytes et du pus ordinaire. Les cellules embryonnaires englobent tous les éléments, glandes et coupes des vaisseaux.

Examen de M. DARIER (2) (résumé). — La lésion consiste essentiellement en la présence d'un tissu de nouvelle formation, infiltré dans le derme autour d'un follicule pileux et ainsi composée :

1° De *cellules rondes*, lymphoïdes ou embryonnaires qui abondent surtout vers les bords du néoplasme.

2° De *cellules épithélioïdes*, c'est-à-dire d'éléments assez gros, polygonaux, à protoplasma granuleux, renfermant un ou plusieurs noyaux qui ne se colorent pas très vivement.

3° De *cellules géantes* de toutes dimensions ; les unes typiques avec leur centre granuleux et leur couronne de noyaux ; d'autres plus petites, offrant plus d'analogie avec les cellules épithélioïdes ; ces dernières contiennent plusieurs noyaux non périphériques et sont évidemment

(1) Mémoire, 1891.

(2) *Id.*

des cellules géantes incomplètement développées. Les unes et les autres sont très nombreuses, et l'on trouve même de véritables petits amas composés uniquement de cellules géantes. Ces différents éléments paraissent au premier abord disposés pêle-mêle.

Dans une lésion toute récente, on reconnaît que les éléments ont manifestement une tendance à se grouper en *follicules*.... et l'on comprend que le gros nodule est lui-même formé de follicules agglomérés et confluent.

Le siège de la néoformation est manifestement développé *autour d'un follicule pilo-sébacé* qu'il a en partie détruit. Le lieu d'origine exacte du travail morbide, ses rapports avec les vaisseaux, avec les glandes sudoripares, etc., n'ont pu être précisés.

L'auteur a pensé à la possibilité de la tuberculose.

Examen de POLITZER (1) (résumé). — Deux nodules biopsés, l'un récent, dur, sous-cutané ; l'autre plus avancé, presque ouvert. Mêmes altérations essentielles dans les deux, mieux circonscrites dans le petit nodule. Elles consistent en la formation de petites tumeurs *constituées par une agglomération de petites cellules rondes, de cellules épithélioïdes et de grosses masses à plusieurs noyaux, semblables à des cellules géantes.*

Dans le plus gros nodule, on voit dans le corps papillaire et dans le tissu sous-cutané, *autour des vaisseaux*, un certain degré d'infiltration dépassant les limites de la masse fondamentale de la néoformation. Les vaisseaux sanguins pouvaient être suivis dans toute la néoformation.

Leurs cellules endothéliales étaient ordinairement hypertrophiées et même dans quelques capillaires de la partie centrale du nodule, cette hypertrophie atteignait un tel degré que la lumière du vaisseau était presque complètement oblitérée.

Les follicules pileux et les glandes sébacées paraissaient complètement normaux.

Les glandes sudoripares présentaient des altérations à tous les degrés, depuis la simple tuméfaction de l'épithélium glomérulaire jusqu'à la destruction complète des anses.

Examens de KAPOSI (2). — 1^{er} cas. Les nodules étaient constitués par un *tissu embryonnaire*, assez richement vascularisé, renfermant de petits amas de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, sans traces de micro-organismes.

L'infiltration occupait la couche profonde du derme et principalement le voisinage du follicule pileux et des glandes sudoripares.

2^e cas. Nodule formé de tissu embryonnaire, siégeant dans la partie

(1) Hydradenitis destruens suppurativa, 1892.

(2) Acné télangiectodes, 1894.

profonde du derme, surtout au niveau du fond du follicule pileux et des glandes sudoripares.

L'infiltration cellulaire se prolonge le long des vaisseaux qui se rendent vers la couche papillaire. On rencontre de plus, dans les nodules, de nombreuses cellules en dégénérescence graisseuse et beaucoup de cellules géantes réunies en amas.

Si l'on compare ces cinq examens, on voit qu'ils donnent des résultats identiques (sauf celui de M. Barthélemy qui est un peu différent ; mais il a porté sur un nodule en pleine suppuration, et les résultats ont pu s'en ressentir) qu'on peut résumer ainsi :

Les altérations consistent :

1^o En nodules présentant une structure très voisine de celle du nodule tuberculeux typique, caractérisé surtout par l'abondance des cellules géantes, nodules développés profondément dans le derme, de préférence au niveau d'un follicule pilo-sébacé ou d'une glande sudoripare, mais non forcément à leur niveau ;

2^o En traînées cellulaires périvasculaires, avec altérations plus ou moins marquées des vaisseaux sanguins.

2^e Groupe. — Folliculis (OBS. RÉSUMÉES).

Examen de M. JACQUET (1). — Au-dessous du derme papillaire, foyer néoplasique, irrégulièrement arrondi, à centre pâle, à périphérie vivement colorée par les réactifs. La partie claire est formée de tissu connectif altéré, ayant perdu sa transparence et son homogénéité. La partie périphérique colorée, présente une infiltration diffuse de cellules lymphoïdes s'accumulant principalement autour des vaisseaux, des follicules pileux et des glandes sudoripares. L'infiltration se fait autour des vaisseaux sous forme de manchons péri-vasculaires. Les capillaires sont notablement altérés dans leur structure et, en bien des points, semblent être complètement oblitérés et remplacés par un petit amas arrondi de cellules embryonnaires entouré d'un manchon de cellules lymphoïdes. Artérioles peu altérées, mais engainées par des cellules lymphoïdes. L'infiltration englobe un follicule sébacé, plusieurs glomérules sudoripares avec leurs canaux excréteurs. Pas de cellules géantes. Pas de microbes. La lésion est une périfolliculite sébacéo-sudoripare.

Examen du cas de Bronson, par FORDYCE (2). — Nodule inflammatoire,

(1) Mém. de BARTHÉLEMY, 1891.

(2) Acné varioliforme des extrémités, 1891.

profond, formé par une infiltration très dense de cellules embryonnaires, au centre de laquelle était le glomérule sudoripare dont le tube ne présentait aucune altération. L'follicule pileux voisin un peu infiltré de même que le conduit excréteur du glomérule. A un stade peu avancé, la lésion englobe tout : glomérules et follicules.

Examens de M. DUBREUILH (1). — La lésion débute par une ou plusieurs glandes sudoripares. Elle consiste en une infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu interstitiel du glomérule. L'épithélium glandulaire finit par disparaître, puis la membrane propre, et enfin tous vestiges de la glande, qui n'est plus représentée que par un amas dense de petites cellules embryonnaires parmi lesquelles on distingue un certain nombre de cellules d'aspect épithélioïde, paraissant produites par la multiplication des cellules glandulaires.

Outre les lésions des glomérules, on trouve une infiltration leucocytaire autour des conduits excréteurs et autour des vaisseaux sanguins. *Ceux-ci sont altérés dans toute l'épaisseur du derme, dans une étendue plus considérable que le groupe des glomérules enflammés.* Il semble que cette altération s'étend à tout le cône vasculaire correspondant à la lésion des glomérules. Il ne paraît pas y avoir de lésions des lymphatiques.

Examen de M. DARIER (cas d'Hallopeau et de Le Damany, 1895). — La lésion consiste en :

1° *Infiltration diffuse* du corps papillaire par des cellules rondes et plasmatiques ;

2° Présence de cordons et trainées de ces mêmes cellules *autour des vaisseaux du derme* ;

3° *Dilatation des vaisseaux* sanguins et lymphatiques et petites hémorrhagies ;

4° Intégrité absolue des glandes sudoripares et relative des glandes pilo-sébacées ;

5° Altération importante de l'épiderme, qu'on pourrait qualifier d'atrophine cornée.

Examens de M. LEREDDE (2) (2 cas). — La lésion débute à l'union de l'hypoderme et du derme dans la région des glandes sudoripares. La zone centrale du nodule est complètement nécrosée. La zone périphérique présente une prolifération de cellules fixes et des lymphocytes nombreux surtout *autour des vaisseaux.* *Ceux-ci (artérioles, veinules) sont très altérés. Ils ont leur calibre rétréci, leurs parois infiltrées de cellules et quelquefois nécrosées.*

Les glandes sudoripares sont absolument ou relativement saines.

Dans un cas (le premier) on rencontrait dans un angle du nodule,

(1) Hidrosadénites suppuratives disséminées, 1893.

(2) Sur un granulome innommé, 1896.

un amas de cellules épithélioïdes et une cellule géante ovulaire avec une double couronne de noyaux ; à quelques distances il existait des cellules géantes incomplètes.

Examen d'HALLOPEAU ET BUREAU (1896). — Lésion nodulaire développée dans la région des glandes sudoripares. Les amas cellulaires sont formés par une agglomération de cellules plasmatiques et de cellules épithélioïdes. Au milieu des nodules, on aperçoit des vaisseaux en général assez profondément altérés. Les glandes sudoripares, tout à fait saines dans un nodule tout petit, sont à peine lésées quand la lésion est plus avancée. Celle-ci prédomine autour des vaisseaux qui sont entourés de lymphocytes. Dans une coupe, on trouve près d'une glomérule, une grosse veine atteinte d'endophlébite.

Les follicules pilo-sébacés n'ont jamais paru altérés. Pas de cellules géantes. Pas de bacilles de Koch.

Examen de VRELLON (In thèse Beauprez). — La couche papillaire du derme est infiltrée de petites cellules rondes, disposées en amas situés autour des vaisseaux. Dans toute l'épaisseur du derme, les vaisseaux sanguins sont dilatés, leurs parois sont épaissies et beaucoup sont entourés d'un manchon cellulaire. Quelques capillaires sont thrombosés. Fentes lymphatiques dilatées et siège d'une infiltration cellulaire péri-vasculaire. Les follicules pileux et surtout les glandes sudoripares sont le siège d'une violente inflammation ; autour d'eux, capillaires nombreux dont quelques-uns sont thrombosés. Sur la limite du derme et de l'hypoderme, on voit encore de petits nodules inflammatoires situés autour des vaisseaux. Nulle part il n'y avait de cellules géantes. Pas de microbes colorables.

Examen du 2^e malade de MALHERBE ET MONNIER (1). — Nombreuses traînées de cellules rondes ou fusiformes, le long des vaisseaux, prenant en certains points, mais surtout au niveau des glomérules sudoripares, la forme d'amas plus ou moins irréguliers. Dans deux de ces amas, il y avait une cellule géante, mais non entourée de cellules épithélioïdes.

Examen du cas de Meneau, par DUBREUILH (2). — La lésion, toute récente, est franchement folliculaire. Elle est centrée par un follicule pilo-sébacé complètement détruit, mais encore reconnaissable. Dans le voisinage, on trouve tous les vaisseaux entourés d'une infiltration de lymphocytes, et les glomérules sudoripares plus ou moins infiltrés. Recherche des microbes infructueuse.

Examen de SPIEGEL (3). — « Dans le foyer, on ne voyait ni glandes sébacées, ni follicules pileux... L'aspect général des altérations qui s'offraient dans le foyer immédiat et dans son voisinage, siège essentielle-

(1) A propos des tuberculides (*Presse médicale*, octobre 1898, n° 87.

(2) Congrès de Montpellier, 1898.

(3) *Monatshefte*, décembre 1896.

ment autour des vaisseaux ; elles sont composées de lymphocytes et de Plasmazellen, sans formation prononcée de tissu conjonctif. Pas de bacilles de la tuberculose. Quelques cocci et bactéries de l'épiderme, vraisemblablement secondaires. »

En résumé, les résultats des examens histologiques provenant de douze cas à peu près identiques au point de vue clinique, sont à peu de chose près analogues. La lésion principale, commune, constante, prédominante, consiste dans une *infiltration de lymphocytes et de cellules fixes autour des vaisseaux du derme, vaisseaux en général assez profondément altérés* (dilatation, rétrécissement, thromboses, infiltration pariétale, nécrose). On rencontre tous les degrés depuis la simple infiltration diffuse (Darier) jusqu'à la formation de nodules bien limités avec embryon de follicule tuberculeux (Leredde). Si l'on compare ces résultats à ceux de notre 1^{er} groupe, on verra facilement qu'il y a entre eux, *comme une chaîne ininterrompue* de lésions de plus en plus ascendantes ou de plus en plus descendantes, allant de l'infiltration sans trace de formation nodulaire (cas de Darier, Hallopeau et Le Damany), jusqu'à la formation du nodule net, bien limité, présentant une structure identique à celle du follicule tuberculeux complet (cas de Darier-Barthélemy).

Les glandes sudoripares, les follicules pilo-sébacés sont tantôt les unes, tantôt les autres situés au centre du nodule, mais leurs lésions sont inconstantes et très certainement secondaires à celles des vaisseaux ; celles-ci semblent d'ailleurs être la cause des lésions nécrotiques qui sont extrêmement fréquentes.

Les annexes du derme ne paraissent plus particulièrement altérées, que par suite de la richesse vasculaire de leur périphérie.

Si l'on veut bien se reporter d'une part, à l'examen histologique du cas de MM. Hallopeau et Le Damany fait par M. Darier, et d'autre part aux résultats publiés par le P^r Leloir sur « ses recherches histologiques concernant le Lupus érythémateux » (In *Journal des Mal. cut. et syph.*, 1890, p. 129), on verra sans peine, qu'il y a *identité absolue* entre les lésions décrites par l'un et par l'autre. De plus si nous comparons les faits histologiques d'Audry

(*Annales dermat.*, 1894 et 1897) et de Leredde (mars 1898, *Ann. dermat.*) [Lésions histologiquement tuberculeuses dans un Lupus érythémateux. — Lupus érythémato-tuberculeux] aux résultats fournis par le microscope dans les lésions de notre 1^{er} groupe, nous voyons qu'il y a une ressemblance parfaite entre les uns et les autres. Le début des lésions, en général profond dans l'acnitis, et quelques cas de folliclis, plus superficiel ordinairement, dans le Lupus érythémateux typique, est une raison insuffisante pour nier tout rapport entre eux. On trouve en effet, dans le travail de Kaposi sur le Lupus érythémateux, paru dans les Archives de Dermatologie allemandes (*Arch. für Derm. und S.*) de l'année 1872, nettement indiqué le début des lésions par des nodules sous-cutanés (obs. I du travail) offrant tout à fait l'aspect objectif des nodules de l'acnitis. Ce début profond est aussi signalé par Geber et Stroganoff, cités par Leloir. Ce dernier auteur lui-même en a constaté un cas. Bref, s'il nous fallait tirer une conclusion des résultats histologiques, nous n'hésiterions pas à dire : *Il y a entre les diverses variétés de tuberculides cutanées appartenant aux groupes acnitis et folliclis, aussi bien au point de vue histologique qu'au point de vue objectif, toute une gamme de lésions qui insensiblement mènent de la structure du Lupus érythémateux pur à celle du Lupus tuberculeux.*

3^e Groupe. — Miliaire.

Nous ne possédons malheureusement sur ce groupe aucun examen histologique précis. Un cas qui paraît s'en rapprocher beaucoup au point de vue objectif et clinique, et qui pour nous, constitue un fait mixte pouvant être rangé aussi bien dans le groupe précédent que dans celui-ci, est celui qui a été publié par MM. Hallopeau et Bureau sous le nom de tuberculides acnéiformes et nécrotiques (*Annales dermat.*, février 1897). L'examen biopsique a donné les résultats suivants :

a) *Elément avec pustulette isolée centrale (résumé).*

La lésion s'est développée aux dépens d'un *follicule pilo-sébacé* dont elle reproduit exactement la forme. Les glandes sudoripares sont normales. La lésion consiste en un petit abcès intra-folliculaire et intra-glandulaire. L'infiltration est formée par des lymphocytes et des cellules plus volumineuses, à gros noyaux ; enfin on constate, surtout à la périphérie, un grand nombre de *cellules géantes* très caractéristiques.

Dans une autre partie des coupes, on constate une *infiltration péri-vasculaire* abondante.

β) Biopsie au niveau d'une plaque formée par la confluence des éléments (résumé).

On trouve deux nodules.

Le premier plus petit, plus superficiel, semble formé *aux dépens d'une glande sébacée*. Ce nodule offre l'*aspect typique d'un nodule tuberculeux* : la partie centrale est caséifiée ; autour on voit plusieurs cellules géantes très caractéristiques, puis une zone de cellules épithélioïdes et enfin plus en dehors, une infiltration embryonnaire.

Le 2^e ressemble en tous points à l'élément (α).

Dans un cas d'acné scrofulosorum typique (?) Colcott Fox et Galloway (*Brit. Journal of Derm.*, juillet 1897, p. 273) n'ont trouvé dans les lésions, aucunement l'aspect de la tuberculose, et aucun bacille de Koch. Des inoculations sous-cutanées, faites à un cobaye, sont restées complètement négatives, après trois mois environ.

Grunewald, dans le cas que nous avons rapporté (acné des cachectiques), a fait une biopsie qui paraît avoir été très superficielle. L'auteur s'étend en effet longuement sur les altérations épidermiques. Quant aux lésions peu profondes, voici tout ce qu'il en dit : « Tout le corps papillaire est infiltré de petites cellules rondes qui ne se disposent que très rarement en amas. *La région des follicules pileux ne présente aucune des altérations particulières* qui existent constamment dans l'acné vulgaire. L'affection qui nous occupe ne dépend aucunement de cet organe. »

En somme les observations sont insuffisantes pour arriver à une conclusion histologique certaine.

4^e Groupe nodulaire.

Voici les résultats histologiques du cas de Giovannini (Tuberculide nodulaire gommeuse) résumés par le professeur Dubreuilh (*Arch. de méd. exp.*, 1893, p. 66).

L'examen microscopique d'un petit nodule, gros comme un pois, à peine saillant à la surface de la peau, montra que les lésions étaient surtout marquées au niveau des glandes sudoripares.

Elle était formée par une infiltration de leucocytes, plus ou moins prononcée d'une glande à l'autre et aux divers étages d'une même glande. Dans la partie moyenne des nodules, l'infiltration se présentait en amas bien circonscrits, autour des glomérules et de leurs conduits excréteurs. A la partie profonde, elle formait une nappe irrégulière à limites indécises. Au niveau de la partie superficielle du chorion, l'infiltration beaucoup moins intense était encore plus marquée autour des conduits excréteurs sudoripares. Cette infiltration dans les points où elle se trouvait moins diffuse, était formée de cellules riches en protoplasma, à contours nets et à noyaux en voie de division karyokinétique. Dans les régions où elle était plus intense, elle paraissait constituée par des leucocytes, entre lesquels on notait la présence de *cellules géantes* qui, dans certains points, principalement à la périphérie, étaient modérément nombreuses et disséminées, tandis qu'en d'autres, elles étaient accumulées au point qu'on ne pouvait rien distinguer entre elles.

Quant aux organes glandulaires, leurs altérations à peine marquées à la partie supérieure et moyenne du nodule, devenaient de plus en plus prononcées au fur et à mesure qu'on se rapprochait de la partie profonde. En quelques points même, le tube glandulaire avait complètement disparu.

L'auteur est, on le voit, muet sur les altérations vasculaires. Ce cas ressemble beaucoup, par ses lésions microscopiques, au 2^e cas de Kaposi rapporté plus haut. La présence d'amas de cellules géantes éveille l'idée de tuberculose. Il n'en est pas de même du cas de MM. Gastou et Emery (*Ecthyma scrofuleux. — Tuberculide nodulaire ulcéreuse*) dont voici l'examen histologique en partie résumé :

Dans les parties non ulcérées, existent dans la couche sous-papillaire des amas nodulaires de cellules dont le groupement est celui de nodules infectieux. On y rencontre des cellules de formes et de significations différentes : leucocytes mono-nucléaires abondants, leucocytes

polynucléaires, cellules plasmatiques, etc. etc... *Ces amas sont assez nettement limités, et avoisinent les glandes sudoripares ou semblent situés sur le trajet de leurs conduits excréteurs.* A leur surface l'épiderme est aminci, déprimé, comme aspiré par le nodule, et les cellules épidermiques à ce niveau, sont en voie de destruction.

Dans aucun des points des coupes, on ne trouve de follicules élémentaires tuberculeux, *pas de cellules géantes*, pas de bacilles de Koch, pas de microbes de suppuration.

Ce cas présente donc avec le précédent, quelques ressemblances quant au siège de la lésion et la situation des amas cellulaires au voisinage des glandes sudoripares et de leurs conduits, mais il en diffère nettement par l'absence de cellules géantes.

En résumé, l'histologie *permet de penser*, au moins pour un certain nombre de lésions, particulièrement celles du groupe acnitis et le cas de Giovannini, *à la possibilité de leur nature tuberculeuse vraie.* Que nous disent les résultats de l'expérimentation, et de la bactériologie ?

CHAPITRE VI

Données bactériologiques et expérimentales.

1° **Bactériologie.** — Tous les auteurs qui ont recherché dans leurs préparations le *bacille de Koch*, n'ont obtenu que des *résultats négatifs* (Darier, Spiegel, Hallopeau, Bœck, Veillon, Dubreuilh, etc.).

Quant aux autres *micro-organismes* on n'en a trouvé que dans de très rares cas, et seulement quand les éléments éruptifs étaient arrivés à la période de pustulation (cocci divers, staphylococci, diplococci).

Il faut cependant faire remarquer, que rares sont les cas du groupe acnitis, seuls logiquement, où le bacille de Koch aurait pu se trouver. Nous savons d'autre part que la coloration du bacille dans les lésions cutanées le plus nettement tuberculeuses (lupus, tuberculose verruqueuse) n'est pas chose facile (1); on ne peut par conséquent conclure négativement, quant à sa présence, dans les lésions précédentes.

2° **Inoculations.** — Les inoculations faites aux cobayes ont toutes échoué (Darier, Hallopeau, Malherbe et Monnier). Est-ce une raison majeure pour nier la nature tuberculeuse, de quelques-unes au moins, des lésions? Evidemment non, et pour plusieurs raisons :

- a) Rareté des inoculations ;
- b) Faible virulence des tuberculoses cutanées ;
- c) Petit volume des fragments inoculés (2) ;
- d) Impatience des observateurs, et animaux trop tôt sacrifiés (?) sans compter les fautes imputables à l'expérimentateur, etc...

(1) Dans le lupus vulgaire, *Koch* lui-même a été obligé d'examiner jusqu'à 43 coupes avant de trouver un bacille.

(2) Le professeur Leloir a montré dans le lupus vulgaire, la nécessité d'inoculer de gros morceaux.

3° **Injections de tuberculine.** — Elles n'ont pas été tentées, en France du moins. Mais en Allemagne, d'après le Dr Touton (*Deutsche dermatolog. Gesellschaft*, mai-juin 1898), Finger et Jadasohn en auraient obtenu des *résultats positifs dans des cas d'acné télangiectodes de Kaposi*. Ces auteurs considèrent par la suite, la réaction à la tuberculine associée aux résultats de l'histologie, comme une preuve de la nature tuberculeuse de cette affection (1). qu'ils comparent aux cas décrits par Tilbury Fox (*The Lancet*, 1878) sous le nom de *lupus vulgaire folliculaire disséminé*. Or les cas décrits par Kaposi, sous le nom d'acné télangiectodes sont la reproduction exacte, aux points de vue clinique et histologique, de l'acné (Voir Groupe acné).

Pour être complet, nous dirons toutefois que, d'après Radcliff Crocker (*Loc. cit.*, p. 710) qui a fait l'examen microscopique des cas de T. Fox, la lésion consistait en une infiltration fibro-cellulaire, principalement autour et dans l'intérieur des glandes sébacées, et ne rappelait pas le moins du monde, la tuberculose.

La question on le voit n'est pas résolue, mais elle mérite d'être de nouveau étudiée.

(1) Des inoculations aussi auraient été positives (TOUTON, Congrès de Strasbourg, mai-juin 1898).

CHAPITRE VII

Essai de pathogénie.

Le début profond des lésions, leur évolution de dedans en dehors, leur apparition et parfois leur dissémination rapides, l'existence constante d'altérations vasculaires prédominantes, tout indique qu'on a, dans les exanthèmes que nous venons de passer en revue, affaire à un agent apporté à la peau, par le *système vasculaire sanguin*. — On ne saurait invoquer ici, une infection par les voies lymphatiques, comme semble l'admettre dans sa thèse, le Dr Beau-prez, au moins en se basant sur les deux seules raisons qu'il en donne, à savoir : 1^o l'abondance des éléments éruptifs sur la face dorsale des mains où les vaisseaux blancs sont nombreux : 2^o le siège, dans un cas, de ces mêmes éléments sur le trajet de lymphatiques. Nous ne nous arrêterons pas à discuter ces arguments dont la minime valeur n'échappera à personne, et qui de plus, ne s'accordent en aucune façon, ni avec les faits cliniques, ni avec les données de l'histologie.

De même, les rapports étiologiques que nous avons montrés plus haut avec la tuberculose, joints à l'absence de tout micro-organisme connu dans les lésions, ne nous permettent pas d'admettre comme leur cause véritable, une infection surajoutée, à laquelle la bacillose préparerait le terrain. En effet, de deux choses l'une : ou la présence de la tuberculose est nécessaire pour que cette infection se manifeste, et alors celle-ci a *valeur pratique de bacillose*, ou bien la tuberculose n'est pas nécessaire, alors quelle est cette autre infection ? Or les observations n'en indiquent qu'une seule, *la tuberculose*.

Voyons maintenant comment celle-ci peut agir. Est-ce par le bacille de Koch ? est-ce par sa toxine ?

Devant les résultats négatifs de l'expérimentation et de la bactériologie, M. le Dr Hallopeau (1) en vint à appliquer au Lichen scrofulosorum d'abord, puis aux folliculites suppuratives (acné scrofulosorum, acné des cachectiques etc.), enfin aux lésions que nous avons étudiées sous le nom de tuberculides, l'hypothèse d'une toxidermie bacillaire déjà émise autrefois par le professeur Bœck, pour expliquer la pathogénie du lupus érythémateux.

Ingénieuse autant que vraisemblable, elle a été rapidement admise. Elle est pourtant loin d'être démontrée, et on ne peut encore la considérer que comme une explication d'attente, destinée comme beaucoup d'autres, à contenter l'esprit humain, dont on pourrait dire, ce que les anciens disaient de la nature, qu'il a « horreur du vide ». Il faut reconnaître toutefois que, dans un certain nombre de cas, l'apparition et la disparition rapides de l'éruption d'une part, les données histologiques de l'autre, ne permettent guère de mettre en doute la réalité de cette supposition. Mais peut-elle s'appliquer à tous les faits ? à ceux dans lesquels l'histologie nous montre la structure presque parfaite du nodule tuberculeux, comme à ceux où l'on ne rencontre qu'une simple infiltration diffuse englobant, sans préférence pour aucun, tous les éléments du derme, sans trace de cellules géantes, sans formation de nodules ? M. le Dr Hallopeau n'hésite pas un seul instant à adopter l'affirmative, et rappelant une ancienne hypothèse émise par lui, il y a quelques années déjà (2), il dit que *dans les nodules tuberculeux types, les bacilles ne déterminent pas la production de lésions spécifiques par leur action purement mécanique, mais bien par leurs produits spéciaux, autrement dit par les toxines qu'ils engendrent. On conçoit dès lors, ajoute-t-il, que ces toxines puissent aller déterminer dans les diverses parties des téguments, des lésions histologiques semblables à celles qui caractérisent ces nodules* (3).

(1) Congrès de Londres 1896. Rapport de la tuberculose avec les maladies de la peau, autres que le lupus vulgaire (*Ann. dermat. et syph.*, août 1896).

(2) HALLOPEAU et WICKHAM, *Congrès pour l'étude de la tuberculose* 1888, sur une forme suppurative de lupus tuberculeux.

(3) HALLOPEAU et BUREAU. Un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques (*Ann. dermat. et syph.*, janvier 1897).

Nous avons certes, bien garde de mettre en doute la possibilité d'une pareille conception, surtout quand elle vient d'un maître aussi autorisé que M. le Dr Hallopeau. Cependant, nous pensons, et d'autres pensent probablement avec nous, que l'esprit ne se rend pas facilement compte qu'un même bacille puisse, dans des conditions identiquement semblables, produire une toxine déterminant tantôt du nodule tuberculeux, tantôt une simple infiltration diffuse. M. le Dr Hallopeau s'était probablement déjà, fait cette réflexion avant d'écrire son rapport, d'ailleurs fort intéressant, au Congrès de Londres, et trouvait qu'il était peut-être audacieux, d'assimiler, au point de vue causal, les lésions du lupus de Caze-
nave à celle du lichen des scrofuleux. Aussi, à cette époque, avait-il émis pour celui-là, l'hypothèse d'une forme encore inconnue du bacille de Koch. Il faut reconnaître, qu'aujourd'hui le distingué médecin de l'hôpital St-Louis, n'a pas maintenu l'existence de cette forme trop problématique et qu'il s'est rallié, pour le lupus érythémateux, à une origine toxinique. Mais alors, nous voici revenus à notre point de départ, à en être réduit à attribuer à une toxine la possibilité de faire soit du follicule tuberculeux, soit de l'infiltration diffuse ? Non pas, car si difficile que soit le problème à résoudre, jamais un esprit vraiment scientifique n'est à court de solution. A des lésions de structures différentes, rien n'empêche d'opposer des toxines de constitutions diverses, suivant les bacilles plus ou moins gros, plus ou moins larges, suivant l'âge du sujet malade, suivant la localisation du micro-organisme, ganglionnaire, cutanée, osseuse, etc... et voilà pourquoi les enfants présentent du lichen des scrofuleux quand, pour une lésion première identique, les adultes font du lupus érythémateux !

Loin de nous la pensée de nier un seul instant, que le bacille de Koch ne soit capable de fabriquer de multiples poisons. Les belles et savantes recherches de notre collègue et ami le Dr Jules Auclair (1) sont là pour en faire foi. Mais il n'a pas encore que nous

(1) Dr J. AUCLAIR, *Etude expérimentale sur les poisons du bacille tuberculeux humain*, etc. Thèse Paris, 1897 et *Archives de médecine expérimentale*, mai 1899.

sachions, dans ses nombreuses inoculations avec l'éthérine, la chloroformine etc... déterminé des lésions histologiquement tuberculeuses, si l'on excepte la production de cellules géantes, d'ailleurs sans formation de nodules, après des injections trachéales de chloroformine. La question est, on le voit, loin d'être élucidée.

Pourtant, puisqu'on admet si facilement, que le bacille de Koch cultivant en un point de l'organisme, puisse, sous des influences encore non complètement déterminées, lancer des poisons solubles dans le torrent circulatoire ; pourquoi n'admettrait-on pas aussi facilement, qu'à certains moments, il puisse *lui-même*, faire irruption dans le lac sanguin ? Pourquoi n'admettrait-on pas qu'arrivé à la peau ou dans le tissu sous-cutané, doué d'une virulence plus ou moins atténuée, par son passage dans le sang ou par toute autre cause, il y perde, en un temps variable, non seulement ce reste de virulence, mais encore son existence propre, qu'il devienne la proie des phagocytes, qu'il disparaisse en ne laissant comme trace de son passage que le nodule tuberculeux maintenant déshabité ? Pourquoi n'admettrait-on pas qu'il parvienne aux tissus, doué d'une virulence encore moins qu'éphémère et qu'il ne provoque de leur part qu'une réaction légère, infime, n'aboutissant qu'à un embryon de follicule tuberculeux ?

Cette hypothèse, que d'aucuns trouveront téméraire, n'a pourtant rien d'invraisemblable. D'abord, sans supprimer le rôle probable des toxines, elle permet d'expliquer mieux que celles-ci, les diverses lésions histologiques rencontrées dans les affections que la clinique nous démontre nettement tuberculeuses (1). Ensuite, elle est d'accord avec la pathologie générale. Ne voyons-nous pas en effet, après l'érysipèle par exemple, se faire en diverses régions du corps des phlegmons, des abcès, que la présence d'une toxine seule, ne permet pas d'expliquer suffisamment ? Dans la variole, dans la syphilis dont, il est vrai, on ignore l'agent pathogène bien

(1) Elle s'applique mieux aussi, à la dissémination des lésions nodulaires et papuleuses, tandis que celle des toxines s'adapte mieux aux lésions en nappes étendues, aux érythrodermies (Note pers.).

qu'on s'accorde à le considérer comme un micro-organisme, n'assistons-nous pas à ce transport ? dans la syphilis même pendant des années ? Personne ne contestera les faits, mais quant à les appliquer à la tuberculose, personne n'oserait y songer. Pourquoi ? Probablement, parce qu'on s'est habitué inconsciemment, à considérer tout ce qui a trait au bacille de Koch, comme un *noli me tangere*, parce qu'on s'est hypnotisé devant les merveilleuses découvertes de Villemin et de Robert Koch, parce que gardant au cœur, le vieux souvenir, cher à beaucoup, de l'antique scrofule, si bonne, si bénigne, si lente dans sa démarche, si différente de la redoutable phthisie galopante, on s'est fait petit à petit une idée fausse de la bacillose. Par un étrange paradoxe, oubliant les données toujours justes de la clinique, oubliant ce qui se passe dans nombre d'autres infections où l'on ne fait nulle difficulté pour admettre des formes légères et même très atténuées, on n'a voulu voir dans la tuberculose que la maladie qui ravage et qui tue, sans se demander si, à côté de ces formes malignes, il n'en existait pas d'autres, bénignes, très bénignes comme il convient à la nature, qui, répète-t-on de tous côtés, ne procède jamais par bonds !

Mais, pour en revenir au bien fondé de notre hypothèse, pour en revenir aux données scientifiques, nous ajouterons qu'elle est autorisée non seulement parce qu'elle se passe dans d'autres affections, mais encore par la façon d'agir de la tuberculose elle-même, par les observations indéniables de *tuberculoses cutanées d'origine interne*. Sans parler de certains *lupus* à la genèse desquels, l'hypothèse ordinaire de l'inoculation externe ne semble pas pouvoir s'appliquer ; sans parler des *gommes tuberculeuses* vraies qui ne peuvent souvent s'expliquer que par l'infection sanguine, rappelons les faits observés par M. Du Castel (1) et rapportés par lui dans les *Annales de Dermatologie*, rappelons ceux du professeur Haushalter (2), rappelons enfin le cas tout récemment observé par

(1) *Annales derm. et s.*, 1895, avril, août, septembre 1898. Tuberculoses cutanées, disséminées, consécutives à la rougeole.

(2) *Soc. méd.*, mai 1896. *Ann. derm. et syph.*, mai 1898.

M. le Dr Danlos (1), de lupus tuberculeux, ou plutôt érythémato-tuberculeux disséminé chez un homme d'ailleurs bien portant, au moins d'apparence, et nous verrons que *la décharge de produits toxiques et d'éléments bacillaires par la peau* est la seule hypothèse que les faits autorisent, la seule qui permette de concilier les données de la clinique et celles de l'histologie et d'expliquer les résultats contradictoires obtenus par des observateurs, tous de haute valeur, dans la question du lichen scrofulosorum.

Les uns, en effet, y ont trouvé le bacille de Koch (Jacobi, Pellizari, Wolff), les autres n'ont jamais pu l'y découvrir (la majorité). Certains ont obtenu des résultats positifs par l'inoculation (Jacobi, Pellizari, Haushalter) d'autres ont toujours échoué. Les contradictions ont porté même sur les résultats histologiques : les uns admettant la structure typique du nodule tuberculeux (Jacobi, Sack, Neisser, Jadassohn, Hallopeau, Leredde, etc.), les autres émettant des doutes (Riehl, Lukasiewicz, Kaposi, etc.). Dans quelques cas même, les lésions n'étaient qu'ébauchées (2).

Le bacille et ses produits solubles peuvent-ils agir indépendamment l'un de l'autre ? Y a-t-il des poussées d'éléments éruptifs qui soient toujours bacillaires et des poussées qui soient constamment toxiques ? Y a-t-il dans une même poussée, des lésions bacillaires et d'autres purement toxiques ? Ce sont là tous problèmes intéressants à étudier, Il ne nous est pas possible, en ce moment, de les résoudre ; mais nous pensons que rien n'empêche d'admettre *a priori*, que les produits solubles peuvent exercer leur action indépendamment du bacille de Koch ; nous pensons aussi qu'il n'est pas irrationnel d'admettre que, dans une même poussée, il y ait des éléments bacillaires et des éléments toxiques. Nous croyons cependant que, la plupart du temps, toxines et ba-

(1) Lupus tuberculeux généralisé. *Ann. dermat. et syph.*, avril 1899.

(2) HALLOPEAU et BUREAU (*Ann. dermat. et syph.*, 1896). Sur un cas typique de lichen scrofulosorum, sa nature et ses relations avec l'eczéma séborrhéique. M. le Dr Laffite a trouvé dans ce cas, une infiltration de cellules rondes, autour des glandes pilo-sébacées. Les cellules géantes étaient fort rares (3 sur 30 coupes).

cilles agissent de concert, mais que les toxines diffusant, noient dans les réactions des tissus à leur contact, l'élément bacillaire et le nodule qui le renferme. Cette opinion a d'ailleurs été implicitement émise par le Dr Audry (de Toulouse) qui prétend que, si l'histologie ne décèle pas plus souvent la structure typique du tubercule dans le lupus érythémateux, c'est parce que les coupes sont faites en trop petit nombre et non examinées en série.

Nous ne doutons point que de nouvelles recherches viennent confirmer cette opinion, et donner ainsi raison au chef éminent de l'Ecole dermatologique française, lorsqu'il s'exprimait ainsi : « Dans l'état des choses, l'histologie du lupus érythémateux est « d'un grand secours pour comprendre la constitution des formes « et des variétés ; pour expliquer quelques-unes des raisons de la « résistance de la maladie à certains procédés de traitement ; « pour bien établir ses diverses relations de tissus et d'organes ; « mais elle *n'apprend rien au delà* ; il faut, dans les déductions, « s'arrêter où elle s'arrête, et ne pas mettre ses négations à la hauteur de l'affirmation des faits positifs que fournit l'observation « médicale (2). »

En résumé, l'agent infectieux amené par la voie sanguine, au niveau des téguments (peau, tissu cellulaire sous-cutané) détermine dans le vaisseau où il s'arrête, des altérations importantes et, autour de lui, probablement par leur intermédiaire, des foyers d'infiltration cellulaire subissant consécutivement, une fonte nécrotique liée elle-même à la lésion vasculaire (thrombose, nécrose, etc.).

La production du follicule tuberculeux répond très probablement, à la présence du bacille de Koch, à qui sa virulence atténuée soit primitivement, soit secondairement (passage dans le sang ? contact des téguments ?) ne permet qu'une vitalité temporaire, incapable de résister à l'action phagocytaire. Une inoculation, précoce et suffisante, parviendrait peut-être à le déceler.

(1) AUDRY, *Ann. derm. et syp.*, 1894 et 1897.

(2) BESNIER, *Lec. sur maladies de la peau de Kaposi*, 2^e éd. franç., 1891.

OBSERVATIONS

OBS. XXVI et XXVII. — *Cas de folliculis ou d'hidrosadénites généralisées, 2^e variété de folliculites disséminées, mais agminées (résumées).* — BARTHÉLÉMY, *Annales de dermat. et syph.*, janvier 1891.

1^{er} CAS. — P. M..., 55 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents morts jeunes (46 et 40 ans), ont eu 18 enfants dont 13 morts.

Antécédents personnels. — 1^{re} femme morte de la poitrine à 34 ans.
2^e Femme vivante.

A 4 enfants, 2 de chaque femme : l'aîné a des gourmes et mal aux yeux.

Lui-même n'a fait aucune maladie sauf des douleurs rhumatoïdes vagues « qui reviendraient chaque fois que son éruption ne se fait pas ».

Etat actuel. — Malade brun et maigre. Pas de ganglions, viscères sains.

Début de l'éruption 4 ans auparavant, par les 2 membres supérieurs ; cette première poussée a été la plus abondante et elle s'est accompagnée d'une fièvre intense et de douleurs articulaires qui cessèrent rapidement.

Les poussées ont continué depuis cette époque, sans que le malade ait été huit jours sans avoir quelque folliculite ; mais les poussées sont peu abondantes (douze à quinze boutons venant non en même temps).

Il existe maintenant des boutons *exclusivement sur les membres*, plus aux membres supérieurs. Les *faces d'extension* et principalement les *coudes* et les *genoux* sont plus intéressés, de même les *mains*.

En dehors des boutons, le malade est criblé de cicatrices, blanches, violacées, pigmentaires, selon leur âge, la majeure partie sur les membres et les fesses, quelques-unes sur le tronc (aisselle, lombes, omoplate).

Lésions affectent une distribution symétrique, d'ailleurs pas absolue.

La lésion débute par une petite tache rouge dont le centre blanchit ; on sent bientôt une petite infiltration dermique, non acuminée, non centrée par un poil, qui présente à sommet une vésicule éphémère puis une croûte. La cicatrice est formée au bout d'un mois.

2^e CAS. — Femme jeune ayant eu, 3 ans avant l'éruption, des douleurs dans les jambes et les bras, qui ont persisté avec rémissions et

exacerbations, allant quelquefois jusqu'à obliger la malade à s'aliter (œdème des jambes). A ce moment, aménorrhée pendant 6 mois, puis réapparition des règles, mais d'une façon irrégulière.

L'éruption a débuté par l'oreille gauche; elle a gagné ensuite le genou, la jambe et le bras gauches, le coude gauche, l'oreille droite, le bras droit, etc.

Actuellement, l'éruption n'est pas généralisée, mais constituée par des groupes d'éléments, les uns en pleine activité, les autres à l'état de cicatrices. Ces groupes occupent des points assez exactement symétriques.

A la face, il existe quelques papules et des cicatrices aux joues; les oreilles ont leur bord libre sillonné de dépressions cicatricielles profondes.... il y a des nodosités sous-cutanées au niveau des mains et des doigts (Moulage n° 1508 du musée de l'hôpital Saint-Louis).

OBS. XXVIII. — *Acné varioliforme des extrémités* (résumée in Mém. de DUBREUILH). — BRONSON, *Journal of cut. and gen. urin. diseases*, April, p. 124).

Allemand, 20 ans.

Début de l'éruption 2 ou 3 mois auparavant par la face dorsale des mains, puis généralisation sans aucun trouble de la santé générale.

L'éruption est constituée par des éléments disséminés ou groupés, papuleux, pustuleux ou croûteux du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille. La lésion débute par une papule miliaire, assez profonde, donnant la sensation d'un grain de plomb enchâssé dans le derme. Elle devient ensuite vésiculeuse ou vésico-pustuleuse.

L'élément n'est jamais très saillant, il se dessèche en croûtes minces, déprimées, noirâtres, laissant des cicatrices plus ou moins déprimées, rouges ou pigmentées devenant plus tard blanches, de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

L'éruption occupe symétriquement la face dorsale des mains et des poignets, bord cubital des avant-bras, coudes, face postérieure des bras jusqu'au tiers supérieur. Il y a des lésions à la paume des mains. Aux membres inférieurs, l'éruption siège à la face dorsale des pieds, la région malléolaire et la face postérieure de la jambe; quelques lésions au-devant des genoux et à la partie antéro-inférieure des cuisses.

Aucune douleur spontanée, aucune démangeaison.

OBS. XXIX et XXX. — *Hidrosadénites suppuratives disséminées* (résumées). — Prof. DUBREUILH, *Arch de méd. exp.*, 1893, tome V.

1^{er} Cas. — F. C..., jeune fille, domestique, 20 ans.

Début à l'âge de 7 ans par les mains et les pieds; puis les lésions se sont généralisées et depuis 2 ans la face est atteinte.

La face est criblée de petites cicatrices blanches et présente quelques

papulo-pustules qui ne paraissent pas être en rapport avec les follicules pilo-sébacés. Les pavillons des oreilles, surtout celui de gauche, sont cicatriciels et rongés comme cela se voit dans le lupus érythémateux ou à la suite des engelures.

Aux membres supérieurs, l'éruption présente son maximum d'abondance aux mains et aux doigts, faces dorsale et palmaire, bords latéraux et surface des articulations phalangiennes. Quelques lésions péri-unguéales.

Aux membres inférieurs, les lésions siègent à la face dorsale des pieds, aux cous-de-pied, aux jambes (mollets), genoux, fesses, cuisses, hanches et lombes.

Mais le maximum est à la face, aux extrémités et aux côtés de l'extension des grandes articulations.

Lésions à peu près symétriques, non groupées, sans rapport avec les poils, indolentes, débutant toujours par un nodule petit et dur, profond, intra-dermique, évoluant vers la surface, vésico-pustule, cratère, cicatrice.

Poussées continuelles çà et là, mais plus abondantes à chaque époque menstruelle, en hiver et au printemps.

Aucun trouble de la santé générale. Menstruation régulière. Pas de migraine, pas d'hyperhydrose. Constipation ordinaire.

2^e Cas. — Jeune fille, 20 ans.

Début en été 1890 par les *coudes*, disparition presque complète en hiver 1891-1892 et réapparition intense en mars 1892.

L'éruption présente à peu près la même distribution et la même physionomie que dans le 1^{er} cas.

Ni douleurs ni démangeaisons.

Éruption continue, disséminée, sans poussées nettes, seulement légère augmentation au moment des règles.

Un peu d'anémie. Constipation légère. Menstruation apparue seulement à 17 ans ; depuis pâle, irrégulière avec leucorrhée.

Très légère hyperhydrose des extrémités.

Sous l'influence de la chaleur et de la sueur, les lésions augmentent de nombre.

OBS. XXXI-XXXII-XXXIII. — *Hidrosadénites suppuratives disséminées* (résumée). — TANNET, thèse Bordeaux, 1894-1895.

1^{er} Cas. — Homme 23 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls (mère morte en couches).

Antécédents personnels. — Depuis enfance, nombreux accidents scrofuleux, tels qu'*adénites suppurées* du cou qui ont laissé des cicatrices vicieuses, et *lésions osseuses* du coude gauche.

Actuellement encore quelques ganglions cervicaux.

État général. — Robuste, peau rugueuse et grasse.

Éruption. — Début il y a 6 mois (septembre 1893) par les *cuisses*, puis généralisation par poussées.

L'élément est une petite nodosité dure, d'un grain de chènevis à un petit pois, rouge, saillante, enchâssée dans le derme, se recouvrant bientôt d'une vésicule ou d'une pustule puis d'une croûte, le dernier terme est une cicatrice lenticulaire, un peu déprimée, violacée. Il est exceptionnel de trouver que les lésions soient centrées par un poil. Prurit très vif. L'éruption est disséminée sans groupement ; elle siège surtout au niveau et au voisinage de l'articulation du genou des deux côtés, au bas des jambes, à la face dorsale des pieds ; aucun élément à la plante, mais quelques-uns aux points où la peau a déjà les caractères de la plante. Quelques éléments aux cuisses, plus aux fesses, discrets aux membres supérieurs, une douzaine environ à la face dorsale des mains et des doigts, mais aucun à la paume. Quelques boutons au tronc, rien au visage.

Poussées subintrantes, peu nombreuses, augmentant en été et par la sueur.

2° Cas. — Pharmacien, 38 ans.

Début en 1878, l'été, par les *poignets*. Les années suivantes, récidives l'été et aux mêmes points.

En 1884 généralisation à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu.

Depuis, lésions pulmonaires abondantes suivant les étés. Jamais d'éruption l'hiver. L'abondance de l'éruption n'est pas proportionnelle à la chaleur et ne s'aggrave pas à la suite d'une journée de chaleur et de sueurs.

Actuellement (1894) éruption généralisée ne respectant guère que la paume des mains, les plantes des pieds et la face ; surtout marquée aux avant-bras, aux cuisses, aux jambes.

Pas de confluence et distribution absolument symétrique.

Le malade se plaint de douleurs rhumatoïdes vagues.

3° Cas. — Mme C..., 33 ans.

Antécédents personnels. — Relativement bien portante pendant son enfance.

Eruption. — Début en hiver 1885 par la *face dorsale des mains* et la face externe des avant-bras, puis petit à petit généralisation.

Actuellement, les éléments éruptifs siègent à la face dorsale des mains et des avant-bras, aux coudes, aux genoux, aux fesses : dans ces 3 dernières régions, ils sont presque confluent.

Rien de particulier à signaler dans l'éruption, sauf que certaines cicatrices sont au début nettement chéloïdiennes.

La maladie est survenue après une affection qui dura 6 mois et qui s'accompagnait d'une grande faiblesse, d'anémie et de pâleur des téguments assez prononcée.

OBS. XXXIV et XXXV. — *Granulome innominé* (résumées). — TENNESON, LEREDDE et MARTINET, *Annal. dermat. et syph.*, juillet 1896.

1^{er} CAS. — Sara M..., 21 ans, entrée le 5 décembre 1895, salle Gilbert, n° 15.

Antécédents héréditaires. — Rien de précis.

Antécédents personnels. — Séborrhée, blépharite double datant d'une époque indéterminée.

En 1892 eczéma de la face, des oreilles, des membres.

En juin 1895 nouvelle poussée à la face et aux oreilles persistant lors de l'entrée.

Etat général. — Bouffissure et cyanose des extrémités.

Embonpoint. Apathie musculaire et intellectuelle.

Viscères normaux. Urines normales.

Eruption. — Début en juin 1895 avec l'eczéma, par des éléments nodulaires naissant isolément à une, 2 ou 3 semaines d'intervalles sans aucun phénomène subjectif. Evolution d'un mois pour chacun.

Siège primitif sur les genoux. Aujourd'hui disséminés en petit nombre, sur toutes les régions, mais plus nombreux qu'ailleurs sur la face dorsale des mains et leurs bords.

Au début, tumeur dure plus ou moins sphérique, nette, grosse au maximum comme un petit pois, occupant le derme et se déplaçant avec lui et n'entraînant aucune modification apparente de la surface cutanée.

Un certain nombre disparaissent spontanément sans laisser de traces.

D'autres se ramollissent au centre et s'abcèdent. La petite tumeur devient plus saillante, rouge sombre, cylindro-conique, présente une cavité centrale d'où sort une gouttelette de pus. Cette cavité peut être bouchée par une croûte. Le dernier terme est une cicatrice étoilée, bordée d'une aréole hémato-pigmentaire qui disparaît au bout d'un temps variable.

C'est dans ce cas que le Dr Lerédde a trouvé un embryon de follicule tuberculeux.

2^e CAS. — Léon F..., 17 ans, entré 4 mars 1896, salle Cazenave, n° 21.

Antécédents héréditaires. — Père robuste.

Mère petite, chétive, mais sans maladie.

Un frère âgé de 12 ans, lymphatique.

Une sœur âgée de 14 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Passé très chargé : eczéma impétigineux de la face, impétigo du cuir chevelu et « beaucoup de maladies d'enfance » (?)

Depuis otites suppurées, amygdalites à répétition (amygdalotomie).

Eczéma et séborrhée du cuir chevelu, etc.

Troubles d'évolution (asymétrie crânienne, oreilles grosses et écartées, anomalies dentaires, végétations adénoïdes).

Rien aux autres appareils.

Eruption. — Début en hiver 1894-1895 et prise pour des engelures (cicatrices).

Récidive en hiver 1895-1896 : certaines articulations des doigts se sont hypertrophiées et sont apparus à leur niveau, graduellement, sans fièvre, sans douleur ni prurit, sans rougeur, de petits nodules dont beaucoup ont suppuré.

Siège. — Aux mains, aux pieds, aux oreilles.

Mains : Surtout aux doigts, à la face dorsale et au voisinage des articulations des premières avec les deuxième phalanges.

Les nodules au nombre de 1 à 4 pour chaque doigt sont arrondis ou ovoïdes variant d'un grain de mil à un pois et situés plus ou moins profondément (hypoderme ou derme) ; leur consistance est dure.

On les trouve à tout degré de l'évolution, profonds et sans coloration de la peau, superficiels à centre suppuré. Cicatrices blanches ou pigmentées.

Pieds : Cicatrices anciennes (peut-être début de l'affection, inaperçu) aux orteils surtout.

Face : 2 nodules au début occupant le bord libre de chaque oreille.

Evolution en un mois.

Signes fonctionnels. — Aucun.

Cyanose marquée des extrémités.

OBS. XXXVI. — *Sur un nouveau cas de l'affection dite folliclis et de ses rapports possibles avec la tuberculose (résumée).* — HALLOPEAU et BUREAU, *Ann. Derm. et Syp.*, 1896, p. 1310.

Marie M.. 35 ans ; entrée le 22 octobre 1896.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — En 1885, ablation d'un ganglion axillaire droit suppuré.

Depuis un an, nouveau ganglion dans l'aisselle gauche.

Affection cutanée. — 1^{re} éruption au printemps 1893, à la *face dorsale des doigts*.

2^e éruption au printemps 1894, à la *face dorsale des doigts*.

3^e éruption au printemps 1895, mains, coudes, oreille gauche, face postérieure des avant-bras.

4^e éruption au printemps 1896, outre les régions précédentes, l'éruption a gagné les membres inférieurs.

Etat actuel. — Bien que d'apparence saine, et disant ne pas tousser, la malade présente des signes manifestes d'induration du sommet droit.

Dans l'aisselle gauche il existe un ganglion gros comme un œuf de pigeon, dur, mobile et non douloureux.

Rien de particulier aux autres organes.

Les lésions n'ont rien de particulier.

Le pus semencé n'a donné aucune culture.

OBS. XXXVI. — *Lupus érythémateux anormal, folliculis ou type morbide nouveau.* — HALLOPEAU et Le DAMANY, *Ann. Derm. et Syp.*, avril 1895.

Maria G..., âgée de 22 ans, domestique, entre pour la première fois dans la salle Lugol, le 19 novembre 1894. Depuis un an, elle a, dans la région carotidienne droite, de *volumineux ganglions* pour lesquels elle a pris de la liqueur de Fowler.

Au commencement du mois d'octobre dernier, apparaissent sur les mains de nombreux boutons qui persistent.

Lors de notre premier examen, nous constatons aux *doigts* sur les faces antérieures et postérieures ; aux *mains* le long du bord cubital ; aux *avant-bras*, à la partie inférieure du bord interne, enfin à la face postérieure des *coudes*, une éruption formée de papules rougeâtres, de papulo-pustules et de petites cicatrices. Ces lésions sont *bilatérales* et d'une *symétrie* presque parfaite.

La main gauche présente sur la face postérieure des 2^e et 3^e phalanges des trois derniers doigts, des éléments constitués par des papules de coloration violacée aussi nettes au toucher qu'à la vue. Quelques-unes ont, au centre, une petite dépression cicatricielle, ou une croûtelette petite, grisâtre ; il en est qui sont entourées d'une fine collerette épidermique. Sur la face postérieure de l'articulation phalango-phalangienne du médius, 2 ou 3 de ces papules ont, au centre, au-dessous d'une croûtelette, une gouttelette de pus jaunâtre et crêmeux.

Sur la face postérieure des premières phalanges, les éléments éruptifs existent, mais ils sont rares et petits ; le long des bords, interne du pouce, externe de l'index, interne du petit doigt, ils sont, au contraire nombreux. Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, les papules sont peu nombreuses, mais leurs dimensions sont plus considérables qu'ailleurs, leur diamètre atteint 3 à 4 millimètres.

Le long du bord cubital de la main gauche et de l'avant-bras gauche, les éléments sont groupés de façon à former des *placards* qui, à un examen superficiel, ressemblent à de l'eczéma.

Au voisinage du coude gauche, ces papules sont plus aplaties, plus larges (5 à 8 millimètres) leur coloration est rougeâtre, leur centre porte une petite croûtelette, leur périphérie est squameuse.

Sur la face antérieure des doigts on voit quelques débris de pustulettes, mais surtout des cicatrices violacées, déprimées, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entourées d'une zone érythémateuse. Ces cicatrices existent aussi sur les faces dorsales des doigts, mais peu nombreuses.

La paume de la main gauche est presque indemne, nous y voyons seulement une ou deux petites cicatrices.

Les lésions de la main droite reproduisent celles de l'autre main, nous y remarquons surtout, sur la face postérieure des doigts, des cicatrices plus étendues que celles décrites à gauche.

La face postérieure des avant-bras et surtout des bras montre seulement de la kératose pilaire blanche.

En examinant la tête nous y trouvons des traces de lésions anciennes caractérisées aujourd'hui par de petites cicatrices déprimées ou non qui siègent principalement sur le nez, les parties supérieures et internes des joues, la région de la nuque, les oreilles et les régions mastoïdiennes. Les oreilles un peu violacées et froides, comme les mains, portent en outre sur le pavillon, des éléments papulo-croûteux.

Sur la partie supérieure de la face antérieure des cuisses nous trouvons, à droite, une croûte brunâtre entourée d'une aréole violacée, à gauche une cicatrice pigmentée.

Au devant du genou gauche vers l'extrémité inférieure de la rotule, une croûte humide, brunâtre, recouvre une ulcération superficielle, entourée d'une zone inflammatoire. A droite il y a dans le point correspondant une lésion analogue. Leur développement n'est pas, au dire de la malade, la résultat d'un traumatisme.

Ces différentes lésions ne sont pas douloureuses spontanément ; le soir elles produisent seulement un peu de prurit.

En arrière de l'angle du maxillaire inférieur, à droite, il y a un ganglion très volumineux, induré, douloureux à la pression. Du même côté, le long du bord antérieur du trapèze, une chaîne de ganglions moins volumineux mais nettement engorgés.

L'état général de la malade est assez bon ; les différents viscères, les poumons en particulier, ne présentent rien d'anormal. Au point de vue de la syphilis, l'interrogation et l'examen n'ont donné que des renseignements négatifs ; pour plus de sûreté la malade est pourtant soumise au traitement par l'iodure de potassium.

6 décembre. — Depuis l'entrée de la malade un grand nombre des éléments qui existaient lorsque nous l'avons examinée pour la première fois ont disparu. Les uns ont laissé des cicatrices déprimées, d'autres de simples macules violettes. D'autres, au moins en nombre égal, se sont développés successivement, les uns sont purement papuleux ; d'autres ont présenté à leur centre une petite vésicule dont la dessiccation a produit une croûte ou qui s'est rapidement transformée en une pustulette profonde laquelle, en guérissant, a laissé une cicatrice indélébile.

Hier, dans la soirée apparaît au-dessous et un peu en dehors de l'angle externe de l'œil gauche une petite plaque érythémateuse, un peu douloureuse, aujourd'hui elle est soulevée par un gonflement qui occupe toute la paupière inférieure. La partie centrale de cette rougeur présente plusieurs petites vésicules très voisines les unes des autres.

Le 10. — Ces vésicules se sont ouvertes les unes dans les autres et aujourd'hui leur ensemble forme un soulèvement épidermique, d'apparence bulleuse, de forme aplatie, irrégulièrement circulaire, large de 12 millimètres.

La partie inférieure est déjà transformée en une croûte jaunâtre épaisse, irrégulière. Autour de cette bulle se dessine une aréole rouge, d'une largeur de 5 millimètres. L'œdème de la paupière inférieure persiste, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire notable.

Le 15. — La bulle est remplacée par une croûte qui recouvre une ulcération superficielle en voie de cicatrisation. La zone érythémateuse périphérique desquame légèrement.

L'état des mains et des avant-bras s'est peu modifié. Certains éléments ont encore disparu, mais de nouveaux, en nombre à peu près égal, se sont développés.

La malade sort le 26 décembre.

Le 14 janvier elle rentre pour un panaris...

Au moment où nous avons cessé les pansements, la main gauche ne présentait plus trace d'éléments éruptifs, on ne voyait plus que les cicatrices signalées plus haut. Quelques jours après la cessation de ces pansements, toute la face dorsale de la main et des doigts et une grande partie de la face postérieure de l'avant-bras se sont recouvertes d'une éruption composée de toutes petites papules qui présentent les caractères suivants :

Les plus petites sont à peine visibles à l'œil nu, les plus grosses ont 2 à 3 millimètres de diamètre ; les premières ont la même coloration que les téguments voisins, les autres sont rouge-jaunâtres. La plupart sont isolées, il y a pourtant quelques petits placards formés de deux à six ou sept éléments.

Un grand nombre de ces papules sont centrées par un poil qui s'implanter au fond d'une petite dépression conique et dont la base est entourée d'une fine collerette épidermique blanche.

Les éléments non centrés par des poils sont régulièrement convexes ou bien aplatis à leur sommet, quelques-uns sont acuminés, presque tous ont, au centre, une coloration blanchâtre.

Cette éruption ne cause à la malade ni douleur, ni démangeaison.

Elle occupe, au membre supérieur gauche, la face dorsale des doigts sur toute leur étendue ; sur les faces latérales les papules sont moins nombreuses ; sur la face dorsale, elles sont en grand nombre, de même sur les deux tiers intérieurs de la face dorsale de l'avant-bras. Sur la face antérieure, on trouve seulement deux ou trois papules près du bord interne de la main.

Sur le coude du même côté on voit un groupe de placards isolés ou confluents caractérisés par une rougeur assez vive, un certain épaississement du derme et de petites croûtelles ou des squames assez épaisses, blanches, petites qui, par le grattage, prennent une coloration nacréée. Il y a, en outre, des cicatrices petites, déprimées, légèrement pigmentées.

Sur la main droite, les lésions présentent aujourd'hui le même aspect que lors de notre premier examen, leur disposition s'est peu

modifiée, seuls, leur nombre et leurs dimensions se sont un peu accrus.

Au coude droit, les lésions ont les mêmes caractères qu'au coude gauche.

Le 10 avril.

Sur l'avant-bras gauche, l'éruption semble en voie de régression, les papules sont moins volumineuses, elles ont une coloration beaucoup plus pâle, presque blanche. Dans les autres régions, elles persistent avec les mêmes caractères.

OBS. XXXVIII. — *Un cas de folliclis* (résumée). — DANLOS,
Ann. Derm. et Syp., décembre 1896.

Jeune fille 14 ans, lymphatique.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Tante morte de la poitrine à 26 ans.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, maux d'yeux et engorgement des glandes cervicales, mais sans signe de tuberculose.

Début de l'affection il y a quelques mois, après l'établissement des règles.

Symétrie des lésions, mains et doigts, oreilles (bords), pieds.

Début par petits nodules adhérents à la face profonde du derme et se rapprochant plus tard de la face superficielle en prenant une teinte bleuâtre qui rappelle assez l'érythème Pernio.

Évolution. — Résorption lente sans traces; pustulation, croûte et ulcération, cicatrice pigmentée; avant la période de suppuration, les nodosités sont dépourvues de tout orifice visible.

OBS. XXXIX. — *Affection rare de la peau semblable à une folliculite généralisée.* — Dr A. SPIEGEL, *Monatshefte für prakt. Derm.*, décembre 1896.

Homme, 23 ans, originaire de la Russie du Nord.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père vivant, un peu nerveux, mais à part cela bien portant.

Mère vivante et bien portante.

La malade a eu 13 sœurs dont sept sont vivantes mais présentent des adénopathies cervicales.

Un frère de même.

Trois sœurs sont mortes en bas âge; une d'affection inconnue, une de scarlatine et de coqueluche, une de méningite.

Antécédents personnels. — Jamais le malade n'a joui d'une bonne santé. Écoulement d'oreilles en bas âge. À 8 ans, rhumatisme articulaire qui l'a obligé à garder le lit pendant deux ans (?)

En 1890, il a eu un chancre diagnostiqué chancre mou (?)

En 1894, le malade étant militaire, fit une cure de petit-lait pour

des adénopathies cervicales. Il prit en outre pendant un an du mercure et de l'iodure de potassium qui n'influencèrent pas sa maladie.

État général actuel. — Le malade, de taille moyenne, a un assez bon aspect et un embonpoint normal, muqueuses légèrement congestionnées. *Pas de cyanose.* Léger œdème cutané.

Il présente des adénopathies sus-claviculaires cervicales et sous-maxillaires.

A l'auscultation on trouve un affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet droit et de gros râles sonores dans le reste du poumon.

Les crachats examinés n'ont pas décelé de bacilles de Koch.

Cœur. — Pointe bat en dedans de la ligne mammaire. Ventricule droit dilaté de deux travers de doigt. Bruits nets. Ton pulmonaire plus accentué. Urines normales.

Éruption. — La maladie a débuté il y a 5 ans par les oreilles ; elle a ensuite gagné les pieds, les bras puis tout le corps.

Sous la peau, on trouve de petits nodules gros comme un grain de poivre, non adhérents aux parties voisines et qui restent plusieurs mois tels quels. A une période plus avancée de l'affection, les téguments rougissent et les nodules deviennent plus superficiels, ils présentent alors à leur centre une vésicule, puis une croûte.

Le dernier terme de leur évolution est une cicatrice pigmentée devenant blanche par la suite (en quelques mois).

L'évolution des éléments est lente.

Au moment de l'examen, le malade présentait des cicatrices nombreuses de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette, aux membres, aussi bien dans l'extension que dans la flexion, à la région fessière, au pénis ; à la face (nez et oreilles), au dos, à la poitrine.

Ces cicatrices sont pigmentées, brunâtres, lisses, quelques-unes rappellent les cicatrices de variole, mais s'en distinguent par leurs contours réguliers et arrondis, tandis que d'autres sont comme creusées et taillées à l'emporte-pièce.

En outre, on trouvait sur le corps des petites papules brunes disséminées avec prédominance à la face antérieure, les unes présentant au centre une petite pustulette blanchâtre, les autres une petite croûte d'un brun pâle.

Les lésions étaient symétriques.

Au toucher, on percevait des petits nodules de la grosseur d'un pois ou d'une lentille, indolores et mobiles sous la peau normale (oreilles, avant-bras, région de la hanche), etc.

OBS. XL. — *Nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles, chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses (résumée).* — THIBIERGE, *Ann. Derm. et Syph.*, janvier 1897.

Homme, 40 ans, voyageur de commerce.

Antécédents héréditaires. — ?

Antécédents personnels. — Antécédents morbides assez complexes, entre autres, S. remontant à 12 ans.

Depuis 1893, *adénopathies* de l'aisselle droite et de la partie latérale droite du cou.

Etat actuel. — Dans les régions précédentes, nombreux ganglions volumineux *non suppurés*, présentant l'aspect de la forme pseudo-lymphadénique de la tuberculose ganglionnaire.

Aucun signe de tuberculose pulmonaire; homme grand dont les doigts et les orteils rappellent ceux de l'acromégalique; très nerveux.

Eruption. — Début en 1870 par les oreilles qui ont été gelées.

L'éruption des mains et des genoux ne date que de juillet 1892.

Membres supérieurs. Mains, notable congestion passive avec *algidité*.

Face dorsale, surtout au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts (4 derniers) face palmaire de l'auriculaire.

Au début, il se forme une petite saillie rouge clair centrée par une pustulette acuminée, saillie du volume d'une grosse tête d'épingle en verre, de consistance ferme; au bout de quelques jours la saillie devient un peu violacée, sa consistance est plus ferme et elle ressemble à un grain de plomb enchâssé dans le derme. Rupture de la pustule. Croûte brune recouvrant ulcération en cratère.

Cicatrice régulièrement arrondie, déprimée légèrement, rappelant celle de l'acné nécrotique, d'abord entourée d'une zone rougeâtre ou légèrement pigmentée, finalement blanche.

L'évolution complète de l'élément dure un mois. Rien aux avant-bras.

Coudes. — Lésions analogues à celles des mains.

Genou gauche, partie externe des régions poplitées, partie antérieure de la rotule.

Fesses. — *Id.* — *Dos.* — *Id.* — Eléments avec éléments d'acné divers.

Face. — Ourlet de l'oreille, éléments analogues à ceux des mains quoique processus pustuleux moins net. Rien aux muqueuses.

OBS. XLI. — *Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques* (en partie résumée). — HALLOPEAU et BUREAU, *Ann. Derm. et Syph.*, janvier 1897.

François D..., 33 ans, entré à St-Louis, pavillon Bazin, le 21 décembre 1896.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Sœur morte de méningite.

Antécédents personnels. — Maux d'yeux pendant l'enfance. Glandes au cou à partir de 10 ans, jamais disparues; depuis, opacité cornéenne gauche due à traumatisme.

Janvier 1896. — Adénopathies cervicales et suppurées. Jamais d'engelures.

Pas d'asphyxie locale ni de troubles circulatoires des extrémités.

Début de l'affection en octobre 1896, par la face antéro-interne des cuisses sous forme de petits éléments rouges, acuminés avec suppuration centrale ne déterminant aucune sensation spéciale.

L'éruption s'est ensuite généralisée.

Etat actuel. — Adénopathies sous-maxillaires très prononcées surtout à gauche. Ganglions suppurés avec fistule. Cicatrices anciennes.

Adénopathies de la nuque. Rien aux aisselles ni aux aines.

Distribution de l'éruption : sièges. — Généralisée mais plus abondante sur les membres que sur le tronc.

Aspect, formé en grande partie d'éléments isolés sans ordre, mais au niveau des poignets et des genoux, groupes conglomérés en placards irréguliers, sur la surface desquels on voit les divers éléments à des stades variés de leur évolution (pustulettes, croûtelles, cicatrices) ; certains placards présentent une cicatrice centrale et des éléments périphériques en pleine activité.

Pas de prurit. Pas de douleur.

Symétrie presque absolue.

Membres supérieurs. Bras. Surtout face externe et coude, peu à la face interne. Rien au pli du coude.

Avant-bras. — Surtout face externe. Bord interne.

Mains. — Face dorsale près du bord cubital, face dorsale des doigts Rien à la face palmaire.

Les éléments de la main rappellent tout à fait les éléments de folliclitis de la même région.

Membre supérieur gauche. — Lésions à peu près identiques.

Membre inférieur droit. — Cuisse, éruption très abondante. Genoux, plaques (2 cent.). Rien au creux poplité.

Jambe, discrète à la partie moyenne seulement.

Pied, très abondante à la face dorsale (trainées). Rien à la plante.

Membre supérieur gauche. — Un élément à la face plantaire et quelques-uns à la face dorsale des orteils.

Tronc. — Thorax presque indemne ; abdomen, assez abondante ; éléments isolés ; fesses ; région lombaire, assez abondante.

Verge (peau et gland). — Nodules et cicatrices.

Tête. — Absolument rien, y compris les muqueuses.

Etat général. — Pas de tuberculose pulmonaire ni apparente des autres organes. Léger degré de débilitation.

REMARQUE. — En certains endroits, les placards rappellent assez l'aspect de la tuberculose verruqueuse. La présence des éléments à la plante du pied, montre que la glande sébacée n'est pas le siège exclusif des éléments.

Description de l'éruption. — L'éruption que présente ce malade est généralisée sur tout le corps, cependant elle est beaucoup plus abondante sur les membres que sur le tronc. Elle est formée d'éléments qui débütent sous forme d'une petite papule légèrement saillante, acumi-

née, de la dimension d'une fine tête d'épingle, de couleur rouge pâle ou rosée et présentant bientôt à son sommet un petit soulèvement épidermique, une petite vésico-pustule à contenu jaunâtre, se développant profondément dans le derme ; ces éléments à mesure qu'ils augmentent de volume, prennent une coloration plus foncée ; ils deviennent rouge vifs ou même violets, de teinte livide surtout aux membres inférieurs, ils forment alors une notable saillie au-dessus de la peau rappelant un peu l'aspect de l'acné et peuvent atteindre la dimension d'un gros pois. A leur sommet existe une pustule, contenant une goutte de pus jaunâtre et dont la surface présente à sa partie centrale une petite dépression, une sorte d'ombilication. Autour de la papule rouge foncée, existe toute une zone assez large, érythémateuse. Lorsque la pustulette commence à se dessécher, si l'on vient à l'ouvrir, on met à nu une dépression profonde, une sorte de petit cratère à bords taillés à pic, pénétrant d'environ 2 millimètres dans le derme et donnant issue à un peu de sang. A mesure que se fait la dessiccation, une croûte mince jaunâtre se forme au-dessus de la pustule, en même temps que se fait une légère desquamation sur toute la superficie de la papule. Après la dessiccation complète, les éléments conservent leur teinte rouge intense. Lorsque la croûte est tombée, on voit une cicatrice profonde à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, de forme arrondie ou ovulaire, pigmentée, brunâtre et entourée elle-même d'une zone de pigmentation. Ces cicatrices sont variables comme dimensions, suivant le développement qu'avait pris l'élément qui leur a donné naissance.

OBS. XLII. — *Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculides.* — Brocq, *Annales dermat. et syph.*, janvier 1897, p. 60.

Jeune fille, 20 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls au point de vue tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Engelures aux mains (encore aux pieds). Angiokératomes : mains, oreilles, pieds ; kératose pileaire accentuée des membres ; *asphyxie locale* des extrémités ; assez nombreux *ganglions* cervicaux ; rien au cœur ni aux poumons ; *amaigrissement* depuis quelques mois.

Eruption. — Début il y a 6 mois environ ; sans cause appréciable ; brusquement, sur le nez ; puis guérison en quelques semaines sans la moindre intervention.

Il y a 6 semaines, — toujours sans cause, — éruption intense et généralisée ; l'élément éruptif initial est un petit élément papulo-pustuleux, d'abord assez nettement inflammatoire d'un rose assez vif, donnant au doigt une sensation d'infiltration ; puis assez rapidement la couleur devient rouge sombre, plus livide, elle tend à s'effacer il se forme au centre une croûte arrondie de la grosseur d'une tête d'épingle assez adhérente ; quand on l'enlève, on trouve au-dessous d'elle, une toute petite dépression.

Les éléments sont discrets, isolés ou agminés et, dans ce cas, ils forment par confluence des plaques irrégulières, arrondies, ovalaires, des trainées plus droites ou incurvées. Ces trainées et ces plaques que l'on observe aux mains et aux doigts, face dorsale et surtout face palmaire, ont une teinte d'un rouge un peu livide ou brunâtre; leur surface est irrégulière, déchiquetée, un peu hyperkératosique et leur aspect rappelle dans son ensemble le *lupus érythémateux*.

Localisation. — Cuir chevelu. Les lésions s'y trouvent circonscrites en deux groupes, au niveau desquelles la peau est d'un rouge assez vif, déchiquetée, déprimée, alopecique et offre absolument l'aspect de plaques d'un *lupus érythémateux*; je mets au défi quiconque ne verrait que ces lésions de faire un autre diagnostic.

Oreilles, pommettes (2 groupes de 3 à 4 cent.), coude gauche, 2 mains avec doigts, jambes où l'on note de simples rougeurs érythémateuses, pieds dont les faces dorsale, latérale et plantaire sont criblées de tégéctasies.

Evolution. — En l'espace de 8 jours, soit évolution spontanée, soit médication (sp. phéniqué fort, quinine et digitale, pommade protectrice), l'aspect de l'éruption a complètement changé; il ne s'est plus produit de pustulettes nouvelles; les éléments anciens se sont affaïssés et ont rétrocedé.

OBS. XLIII. — *Tuberculose des poumons et des ganglions bronchiques.* —
Eruption acnéiforme. — MARFAN, Bull. méd., 1897, n° 30.

Il s'agit d'un petit garçon de 4 ans 1/2, bien portant jusqu'en novembre 1896. A cette époque il a eu coup sur coup, d'abord la *varicelle* puis la *rougeole*. Pendant la rougeole apparut de la toux qui prit rapidement le caractère coqueluchoïde (quinteuse sans reprise inspiratoire).

L'état général a vite décliné (fièvre vespérale, sueurs abondantes, amaigrissement, anorexie. Quelque temps avant son entrée à l'hôpital, apparut une éruption qui fit penser à un retour de varicelle.

Entrée à l'hôpital le 27 janvier 1897.

Enfant très amaigri, pâle, cils noirs et longs.

Polyadénie. Foie et rate gros. Fièvre vespérale (38° et 39°).

L'examen de la poitrine fait constater: ramollissement tuberculeux du *sommet droit*, adénopathie trachéo-bronchique avec compression de la bronche droite.

Eruption. — Persiste depuis plus d'un mois, sans modifications notables.

Elle est représentée par de petits éléments permanents très disséminés; on en compte deux à la face, quelques-uns au cuir chevelu et à la nuque, une quinzaine dans le dos, une vingtaine à la partie antérieure du tronc (thorax et abdomen); on en trouve un certain nombre sur les membres, plus aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, plus à la face postérieure qu'à l'antérieure, il n'y a aucune pré-

dominance au niveau des plis articulaires. Il y a des boutons à la face palmaire des doigts de la main droite et de la main gauche. Il y en a aussi sur les fesses et sur la face antérieure des bourses.

L'affection affecte une certaine symétrie, mais toute relative.

Les éléments éruptifs débutent par une petite tache rouge correspondant à une légère infiltration du derme. Puis la tache devient saillante et prend une teinte rouge livide; ensuite il se forme une vésico-pustule à son sommet; au bout d'un certain temps la vésico-pustule s'ouvre et laisse après elle un minuscule cratère jaunâtre, les éléments les plus anciens en sont encore à cette phase, nous ignorons s'ils laisseront une cicatrice permanente.

OBS. XLIV. — *A propos d'un cas de tuberculides cutanées.* — MENEAU, *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1898, n° 4.

Blanche F..., 9 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, mais adénite cervicale dans son enfance; on en retrouve des traces sous forme de ganglions durs. Père atteint de bronchite chronique depuis sa jeunesse.

Antécédents collatéraux. — La malade est la dernière de quatre enfants dont 2 premiers morts: 1^{er} enfant mort à 5 mois de maladie inconnue et rapide; 2^e enfant mort à 16 ans de péritonite chronique; 3^e enfant, accouchement prématuré (mort).

Antécédents personnels. — Nourrie au biberon. Quelques accidents d'athrepsie dans les premiers mois; à 2 ans accidents pulmonaires qui ont duré 3 mois et à la suite desquels ont persisté des adénites cervicales.

À 6 ans, spina ventosa des 2 annulaires opérés, puis ostéite du coude droit (râclage); ostéite du 1^{er} métacarpien gauche qui s'est éliminé totalement.

Actuellement. — Taille moyenne; un peu maigre; ganglions cervicaux gros et durs bosselant la peau; au-dessous de l'oreille gauche et consécutivement à un ganglion abcédé, on voit une plaque de lupus tuberculeux de la grandeur d'une amande; cicatrice de même origine au-dessus de l'oreille droite.

Stigmates des ostéites tuberculeuses.

Maladie actuelle. — Amenée à la clinique du professeur Dubreuilh. pour une éruption apparue pour la 1^{re} fois il y a 3 ans (1894) à la suite de la 3^e opération pratiquée sur les os. À cette époque, elle était formée d'une demi-douzaine de boutons disséminés sur tout le corps et qui ont guéri en laissant de petites cicatrices.

Il y a 2 ans pendant l'hiver (1895-96), l'éruption a reparu plus abondante et a guéri de la même façon.

L'éruption, disparue pendant 1 an à la suite de saison aux bains salés de Dax, a reparu au printemps 1897 et est revenue plus abondante que jamais en septembre 1897.

État le 27 janvier 1898. — L'éruption occupe les membres supérieurs, face, jambes.

Surtout abondante au niveau des coudes, de la face postérieure des avant-bras, de la face dorsale des mains qui sont criblées de lésions à tous les degrés de l'évolution (papules rosées du volume d'un grain de chènevis ou de mil, rougeâtres, surmontées d'une pustule ou d'une croûte, cicatrices violacées ou blanche).

Les cicatrices sont surtout nombreuses sur la partie dorsale et interne des avant-bras, les lésions récentes sur la face dorsale des mains. Les doigts n'en présentent qu'un petit nombre, la face palmaire est indemne, bien qu'on rencontre sur l'éminence thénar des 2 côtés quelques lésions en voie de régression, siégeant sur le bord de la main, en un point où la peau a déjà les caractères de la peau palmaire.

Les lésions les plus récentes sont constituées par une papule rosée, pâle, du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil, arrondie, bien limitée, dure, s'enfonçant dans la peau sous forme d'un petit nodule dur, bien limité, indolent, d'autant plus profond que la papule est plus grosse donnant parfois l'impression d'un grain de plomb enchassé dans la peau ; on trouve aussi quelques papules superficiellement situées. Du reste, dans aucun cas les nodules n'étaient franchement sous-cutanés et mobiles sous la peau. Un peu plus tard, ces papules se surmontent d'un point jaunâtre atteignant rarement 1 millimètre de diamètre, puis d'une croûte sous laquelle on trouve une petite ulcération arrondie et profonde. A ce moment, la papule devient plus rouge, s'élargit un peu, s'entoure d'une auréole rougeâtre. Finalement la papule s'affaisse, la croûte tombe, laissant une cicatrice arrondie, bien limitée, parfois déprimée, d'abord violacée, plus tard blanche dans les tissus très anciens.

Quelques-unes des lésions, les plus petites et les plus superficielles, restent pâles et se surmontent d'une petite croûte ambrée sans avoir jamais de pustules manifestes. D'autres, parmi les plus grandes, se sont surmontées d'un petit soulèvement bulleux de 2 ou 3 millimètres de diamètre. *Aucune des lésions n'est centrée par un poil.* Du reste le système pileux est extrêmement peu développé.

Toutes les lésions sont parfaitement indolentes.

Sur les bras on trouve des lésions récentes ou cicatrielles. Pas trace de kératose pileaire ; à la face quelques petites papules superficielles, disséminées, surtout sur les joues.

Rien sur le tronc.

Aux fesses se voient quelques petites cicatrices.

Aux jambes, les parties inférieures surtout en avant et en dehors, sont criblées de petites cicatrices pigmentées, très foncées, brunes ou violacées, les unes miliaires et bien limitées, d'autres plus grandes, irrégulières, atteignant 10 à 15 millimètres de large.

Les lésions n'ont, nulle part, tendance à se grouper.

OBS. XLV. — *Tuberculides acnéiformes et nécrotiques*. — BALZER
et LEROY, *Ann. dermat. et syph.*, juin 1898.

Adèle Nic..., 46 ans, blanchisseuse.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, adénite cervicale suppurée (cicatrices). A 4 enfants bien portants, 2 nés avant terme ont vécu quelques jours.

État général. — A beaucoup maigri depuis 2 ans. Femme affaiblie paraissant plus âgée qu'elle n'est en réalité ; tousse un peu ; a souffert d'un point de côté il y a 15 jours ; transpire la nuit ; rien de précis à l'auscultation pulmonaire.

Eruption. — Il y a 8 ans, éruption analogue à l'actuelle comme forme et comme siège et qui a laissé des cicatrices blanchâtres visibles.

En août 1897. — 2^e éruption sur avant-bras et mains, durée 1 mois.

En décembre 1897. — 3^e éruption par poussées successives et siège exclusivement sur les membres.

Siège. — Face dorsale des mains ; face palmaire (quelques éléments) ; face postérieure des avant-bras et coudes ; face postérieure des bras ; quelques éléments sur les épaules ; face postérieure des cuisses ; fesses et sillon.

Aspect. — Papule plus ou moins rosée ressemblant à une acné indurée, pouvant égaler un petit pois, pustulette, croûte, ulcération, cicatrice arrondie, déprimée, rougeâtre, puis blanchâtre, indélébile.

OBS. XLVI. — *Folliculites tuberculeuses* (résumée). — DU CASTEL,
Ann. dermat. et syph., juin 1898.

Mme L..., 23 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire.

Pas d'antécédents personnels. Mari mort il y a 3 ans de tuberculose pulmonaire.

Santé irréprochable jusqu'en 1895. Jamais de grossesse. Léger degré d'anémie, quelques hémoptysies en 1897.

Début de l'éruption en 1895. Sur les bras pendant 7 à 8 mois ; disparition complète pendant 1 ans ; réapparition ensuite aux membres supérieurs, puis inférieurs.

Sur les bras, avant-bras, dos des mains : papules mousses grosses comme un gros grain de chènevis avec pustulette centrale et à base infiltrée rouge sombre.

Quelques éléments anciens avec croûte, au-dessous de laquelle orifice cratériforme ; nombreuses cicatricules déprimées dues à lésions guéries. Paume des mains : quelques nodules incrustés dans le derme : la malade déclare que partout il en est ainsi au début.

Rien à la face antérieure des membres.

Membres inférieurs : 1^o quelques éléments analogues à ceux des bras, sur le dos des pieds ; 2^o cicatrices lisses, sans profondeur, à bords pig-

mentés, syphiloïdes ; 3^e ulcération à la partie postérieure des *jambes*, 5 centimètres sur 2 1/2 à surface rosée, peu suppurante, sans profondeur, à bords non décollés, entourée d'une peau légèrement infiltrée et violacée.

4^e *Élévations mousses*, molles de la grosseur d'une amande et présentant l'aspect de gommes intra-dermiques.

Ces lésions se sont développées toutes, il y a un an. La malade raconte que cicatrices et ulcérations sont consécutives à des infiltrations comme celles qui existent à l'heure actuelle.

L'évolution de la lésion se fait en 2 ou 3 septénaires de la profondeur à la superficie.

Quelques nodules ne s'ouvrent pas, mais s'affaissent en laissant à leur place, une tache pigmentaire avec nodosité sous-jacente qui finit elle-même par disparaître.

Obs. XLVII. — *Folliclis* (résumée). — BEAUPREZ (thèse 1898).

Louise M..., 40 ans, cuisinière.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Adénopathies cervicales suppurées dans l'adolescence, et ayant laissé des cicatrices. Pas de syphilis.

Maladie actuelle. — Début il y a 10 ans, dura quelques mois puis disparut ; 2 ans après, éruption analogue, même évolution ; 2 ans après, 3^e éruption, dura 3 ou 4 mois puis rétrocéda ; 2 ans après, 4^e éruption, dura 3 ou 4 mois puis rétrocéda.

En décembre 1897, soit encore 2 ans après la dernière, 5^e éruption pour laquelle la malade entre à l'hôpital.

Dans l'intervalle des poussées, la malade n'a aucune lésion de folliclis sauf les cicatrices des éruptions précédentes.

Examen de la malade. — Adénopathies multiples et dures, cou, aiselles ; 2 ganglions rétro-maxillaires symétriques suppurés. Ces ganglions ont grossi, dit le malade, avec chaque poussée de folliclis. Cicatrices d'adénopathies cervicales, dites scrofuleuses. Lésions tuberculeuses peu avancées des sommets, varices des jambes. Fibrome utérin.

Eruption. — Celle-ci a envahi de préférence les membres inférieurs. Peu abondante aux membres supérieurs. Rien au tronc ni à la face. Les lésions sont symétriques. Aux jambes, elle est constituée par des nodules rouges, circulaires d'une largeur d'une pièce de 0 fr. 20, limités à la périphérie par un liseré épidermique décollé. Au centre, il existe un pertuis avec cratère excavé. Ce petit puits est entouré d'une zone d'infiltration profonde, donnant à la lésion l'aspect d'une gomme cutanée.

L'évolution est celle-ci : tache rouge légèrement papuleuse, point blanc central, pustulette, cratère, croûte, cicatrice pigmentée avec point central plus brun, violacé, déprimé.

Quelques éléments siègent à la face inférieure du pied (plante et or-

teils) et à la face palmaire des doigts. Quelques-uns aussi à la face dorsale des mains.

Aux fesses, éruptions d'aspect acnéique.

La face est acnéique et télangiectasique.

Les lésions sont indolores, sauf à la pression.

La malade présente aussi quelquefois des fluxions douloureuses des articulations coïncidant parfois avec des poussées de folliculites.

OBS. XLVIII. — *Tuberculides acnéiformes et lichen des scrofuleux*. — FRINGUET, thèse Paris, 1898-1899.

A. J..., 18 ans, entre en janvier 1898, à l'hôpital pour des lésions de la peau des mains.

Antécédents héréditaires. — Né de parents inconnus.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 14 ans, sueurs nocturnes ; a toujours toussé.

En 1897, a été opéré de ganglions axillaires hypertrophiés.

Maladie actuelle. — Les mains sont œdématisées, violacées, froides, présentant sur la face dorsale et sur les doigts des élevures acuminées rouges et dures pour la plupart, quelques-unes surmontées d'une pustulette.

Quand celle-ci se rompt, il s'écoule un peu de liquide séreux légèrement louche, puis il se forme une croûte. Lorsqu'on vient à arracher celle-ci, on trouve au-dessous d'elle une ulcération assez profonde, comme taillée à l'emporte-pièce et capable parfois de loger un petit pois. Au début, les éléments éruptifs sont sous-dermiques et dermiques, ils sont peu douloureux.

Peu à peu, ils deviennent plus superficiels et parfaitement indolores. Ils mettent en moyenne un mois pour évoluer et laissent à leur place de minuscules cicatrices, d'abord rouges, ensuite blanches.

Aucun de ces éléments n'est centré par un poil.

Sur le dos de la main gauche, le malade présente un placard de lichen scrofulosorum, type très prurigineux. Tous les ganglions sont hypertrophiés, surtout ceux de la région cervicale.

En auscultant les poumons, on trouve une respiration obscure et quelques râles fins au sommet droit, et par la percussion, de la matité.

La malade a d'abondantes sueurs nocturnes et de la fièvre le soir.

OBS. XLIX. — *Tuberculides acnéiformes*. — BALZER et MONSSEAUX, *Ann. de dermat. et syph.*, février 1899.

Catherine J..., 39 ans, blanchisseuse, vient consulter à l'hôpital St-Louis, pour des nodosités qu'elle présente aux doigts, aux mains et aux avant-bras depuis environ 2 mois.

Antécédents héréditaires. — Ses parents, son frère et ses trois sœurs sont bien portants. Une de ses sœurs est morte d'affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Elle-même n'a jamais été malade, mais elle est sujette aux bronchites pendant l'hiver ; chaque année, elle contracte ainsi, une ou deux bronchites avec expectoration abondante, mais qui d'ailleurs évoluent et guérissent rapidement. Jamais elle n'a craché de sang.

Elle est également sujette à des éruptions furonculeuses discrètes sur les fesses et la partie supérieure des cuisses. Pas de syphilis.

Maladie actuelle. — En exerçant sa profession, qui l'obligeait à passer chaque semaine plusieurs journées au lavoir, elle s'aperçut en mars 1898, que ses doigts commençaient à enfler et devenaient rouges et douloureux, comme s'il se fût agi d'engelures, puis apparurent des *nodosités* rouges qui se recouvraient de *croûtes* et laissaient finalement des *cicatrices*. Dès le début, ces lésions furent très nombreuses et, en un mois, elles s'établirent aux deux mains et *symétriquement* aux deux avant-bras, principalement le long du cubitus, surtout à gauche, en *dépassant très peu le coude* et pour ne plus varier depuis. En aucun point du corps on ne retrouve de lésions semblables.

Les éléments que nous constatons aujourd'hui sont très nombreux surtout aux doigts et aux mains ; ils en occupent exactement la face dorsale ainsi que celle des avant-bras. Sur la face palmaire, nous ne trouvons qu'un seul élément à son début siégeant à la main gauche au niveau de l'éminence thénar, c'est le premier qui apparaisse. Les lésions actuelles nous montrent les différents stades que parcourent les éléments.

Certains éléments des doigts ressemblent assez bien à des engelures, mais ceux-ci mis à part, nous trouvons de petites nodosités dures, semblant partir de la partie profonde du derme, elles sont d'abord du volume d'une tête d'épingle, et, en s'accroissant, acquièrent celui d'un grain de millet ou d'une lentille ; à leur niveau la peau fait légèrement saillie et présente une petite papule rouge qui s'agrandit en même temps qu'augmente la nodosité ; nous pouvons en compter 10 à 12 actuellement ; quelques éléments ne dépassent pas cette phase, et *se résorbent* en ne laissant à leur niveau qu'une très légère dépression.

Le plus souvent la nodosité paraît s'ouvrir à l'extérieur, mais son orifice ne donne issue à aucun produit pathologique et se recouvre presque immédiatement d'une croûte épaisse qui finit par tomber en montrant une cicatrice arrondie violacée et déprimée. Peu à peu, cette cicatrice se met de niveau avec la peau avoisinante, et il ne persiste plus qu'une macule brunâtre.

Quant aux phénomènes subjectifs, ils sont à peu près nuls ; la malade éprouve simplement quelques picotements, quelques *démangeaisons* par le contact prolongé de l'eau et, depuis 4 mois, elle a renoncé à sa profession de blanchisseuse.

L'évolution de chaque nodosité, jusqu'à la chute de la croûte, dure environ un mois, mais à mesure que quelques nodosités disparaissent,

d'autres reparaissent en différents points. Ces poussées sont plus intenses au moment des *époques menstruelles*. Quant à l'état général, il est assez bon ; l'auscultation minutieuse du poumon est restée négative.

Notre malade présente un état assez accentué de *maigreur* et une *anémie* assez prononcée avec *décoloration des muqueuses*.

Obs. L. — *Tuberculides acnéiformes*. — BALZER, *Ann. dermat. et syph.*, 1899.

Ida S..., 30 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et frère bien portants ; mère morte en couches.

Antécédents personnels. — A eu un enfant qui est chétif et anémique. Elle est sujette à de fréquentes poussées d'érysipèle cataménial de la face.

C'est une femme *pâle et maigre*, mais elle ne présente *pas de signes de tuberculose pulmonaire*.

Il y 3 ans, vers la fin de l'hiver, elle s'aperçut de l'existence sur ses oreilles de rougeurs squameuses et prurigineuses, véritables engelures qui disparurent à l'approche de l'été. Actuellement il persiste sur les pavillons des cicatrices scléreuses et quelques papules squameuses disséminées. Il s'agissait là vraisemblablement de *lupus Pernio* (1).

Depuis 8 ou 9 mois, d'autres lésions sont apparues sur la face, symétriquement, sur les 2 pommettes ; la peau est d'un rose blafard et profondément infiltrée à la palpation ; en 6 ou 7 endroits, le *lupus* est rouge déprimé et prend manifestement les caractères du *lupus tuberculeux*. Ces points sont disséminés sur la plaque recouverte de squames blanches et entourés d'une zone rosée.

Il s'agit bien d'un *lupus érythémateux*, avec zones érythémateuses disposées en cocarde et avec *tubercules au centre*.

Le nez est rose blafard mais ne présente aucune papule. De chaque côté du cou, sur la face externe du sterno-mastoïdien et à l'angle de la mâchoire, on constate la présence de *ganglions* volumineux et durs, absolument indolores.

On constate enfin, sur la *face dorsale des doigts*, l'existence de nodosités semblables à de l'acné furonculaire, à évolution rapide, peu douloureuses ; elles commencent par des éléments papuleux rouges, qui, au bout de quelques jours, se couronnent d'une pustulette. La régression a lieu très lentement, l'infiltration et la rougeur persistent longtemps, et il ne reste plus finalement, qu'une papule rougeâtre ombiliquée à son centre. On peut compter actuellement douze de ces éléments sur la main droite et huit sur la main gauche.

Les lésions des doigts doivent ici sans hésitation, être rangées dans le groupe des *tuberculides cutanées*, leur nature est démontrée nette-

(1) Folliclis régionale très probablement. C'est d'ailleurs équivalent à *lupus Pernio* pour nous.

ment par la coexistence d'une autre lésion d'origine tuberculeuse, le lupus érythémato-tuberculeux de la face.

La malade n'a pas été suivie.

Obs. LI. — *Nouveau cas de toxituberculides* (résumée). — HALLOPEAU, *Annales dermat. et syph.*, mai 1899.

Homme 33 ans, entré le 22 avril. Atteint depuis 2 ans d'une dermatose qui occupe les 4 membres et s'est manifestée par poussées successives.

Tousse depuis 3 mois seulement.

Examen du thorax. — Induration du sommet gauche (percussion, auscultation, palpation), avec craquements secs.

Pas d'adénopathies cervicales.

État général. — Malade petit, maigre et pâle, d'aspect chétif.

Affection cutanée : 1^{re} apparition il y a 2 ans, jarret, devant des genoux, dos des mains ; a duré 10 mois, puis a disparu ; 2^e apparition, il y a 6 mois.

Description. — Eruption constituée par des saillies papuleuses dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. Couleur d'un rouge sombre, consistance molle, surface arrondie.

Un certain nombre présentent à leur partie centrale, une tache jaunâtre correspondant à une gouttelette de pus ; cette même partie centrale est occupée chez d'autres par une croûte jaunâtre, chez d'autres par une ouverture ronde à contours taillés à l'emporte-pièce, chez d'autres enfin par une dépression recouverte d'épiderme. Ces différents aspects répondent à l'évolution de la pustulette centrale.

Les cicatrices varient d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, bords taillés à pic, fond rosé ou normal ; certaines sont entourées d'une auréole dans laquelle la peau desquame légèrement.

Pénibles démangeaisons quand le malade a chaud.

Siège. — Membre supérieur gauche, partie postérieure des coudes, partie postérieure interne de l'avant-bras, poignets (2 faces), face dorsale de la main (2 éléments) ; face dorsale des articulations métatarso-phalangiennes de l'annulaire et du médus (groupes de 2 cent.) ; face dorsale de l'index, dos du petit doigt, première phalange du pouce.

Rien à la paume de la main.

Membre supérieur droit. — Eruption moins abondante, confluent au niveau du coude, main indemne.

Membre inférieur. — Les boutons ont une teinte livide ; à gauche, disséminés sur la face antérieure et externe de la cuisse ; nombreux à la partie antérieure et interne du genou et de la malléole où ils deviennent confluent, formant ainsi une masse sombre violacée, molle, avec exagération des plis de la peau ; on y remarque quelques croûtes et quelques squames.

Rien à la plante.

A droite, disposition analogue mais pas de confluence.

OBS. LII. — *Un cas d'acné scrofulosorum.* — Dr GALLOWAY, *British Journal of derma.*, février 1896, p. 89.

Il s'agit d'un enfant de 8 ans qui a été, en 1894, traité à Charing Cros Hospital, service du Dr Green, pour une affection tuberculeuse du mésentère et des ganglions rétro-péritonéaux. Par suite d'un séjour à la campagne et des bons soins qui lui furent donnés, les symptômes abdominaux diminuèrent progressivement.

Vers la fin de 1894, il commença à souffrir d'une éruption bien caractérisée maintenant, pour le traitement de laquelle on l'a amené à l'hôpital (service du Dr Galloway).

L'éruption existe principalement sur la partie inférieure de l'*abdomen*, les *fesses* et les *membres inférieurs*. Elle est intense surtout aux cuisses et aux fesses. Elle consiste en plaques nombreuses, violacées, congestionnées chroniquement, commençant comme de petites taches rougeâtres qui augmentent progressivement d'étendue, jusqu'à ce qu'elles aient atteint le diamètre d'une pièce de 0 fr. 50 (12 pences).

Ces plaques sont nettement surélevées. Au fur et à mesure qu'elles augmentent d'étendue, elles présentent deux nouveaux caractères : a) un certain nombre — peut-être la majorité — se recouvre de petites collections de liquide séro-purulent donnant, sous certains rapports, l'aspect d'une pustule d'acné. Ce liquide séro-purulent est évacué et par la suite la plaque s'affaisse en laissant à sa place une petite cicatrice légèrement déprimée avec aréole pigmentée ne disparaissant que très lentement ; b) les autres lésions, après avoir atteint leur maximum d'étendue, présentent une nécrose centrale progressive à laquelle succède une cicatrice déprimée analogue à celle de la variété précédente.

Le Dr Galloway incline à penser que ces dernières lésions présentent l'évolution normale de l'affection ; la pustulation des premières, étant le résultat d'une infection accidentelle par des coccipogènes.

Sur la surface de chaque mollet, un certain nombre de lésions primitives étaient devenues confluentes et formaient des ulcérations superficielles comme faites à l'emporte-pièce, avec contours sinueux, ressemblant à quelques-unes des variétés d'ulcérations consécutives à l'érythème induré des scrofuloux (Bazin). Chaque lésion peut exiger quelques semaines pour évoluer.

Séance de juin 1896. — Le Dr Galloway montre le même malade. Depuis la dernière présentation (février 1896) l'éruption s'est calmée pendant un temps, mais une recrudescence s'est produite ces trois dernières semaines, et le malade présente de nombreuses lésions récentes sur les membres supérieurs et inférieurs et sur le tronc.

Récemment le malade a présenté un « *ulcère cornéen chronique* ».

Séance de mars 1897. — Le Dr Galloway montre le même malade que l'an dernier. Il présente des lésions typiques de l'*acné scrofulosorum*

du *lichen scrofulosorum* et les cicatrices de l'érythème induré des scrofuleux ? ainsi que des *engelures* graves aux mains et aux pieds.

Il a été admis de nouveau à l'hôpital, à cause de l'affaiblissement de sa santé.

Le Dr Galloway craint des *complications pulmonaires*.

ADDENDA

Notre travail était terminé, quand nous avons eu connaissance de l'intéressante étude de MM. Thibierge et Ravaut « Sur les lésions et la nature de l'érythème induré (1) », dont ils viennent de démontrer la *nature tuberculeuse* vraie à l'aide d'une inoculation positive. Dans deux autres cas où il existait des cellules géantes, et qui n'ont pas été inoculés, les auteurs n'ont pu déceler de bacilles de Koch, pas plus d'ailleurs que dans le premier. Mais les lésions étant les mêmes partout, MM. Thibierge et Ravaut s'expriment ainsi : « C'est autour des vaisseaux que semble graviter toute l'évolution de la lésion. Peut-être, si on pouvait la surprendre dès le début, parviendrait-on, à y déceler la présence du bacille et à déterminer exactement les rapports qu'il affecte avec les vaisseaux. »

Ces résultats semblent encourager l'hypothèse que nous avons émise.

(1) *Ann. derm. et syph.*, juin 1899.

CONCLUSIONS

1° A côté des lésions tuberculeuses cutanées, connues et classées, se place toute une série, encore non définie, d'autres lésions, auxquelles on peut, *au moins provisoirement*, donner le nom générique de tuberculides. Ces lésions sont, elles aussi, *fonctions du bacille de Koch*.

2° Parmi ces tuberculides, il est une classe importante, constituée objectivement par des éruptions cutanées, d'éléments nodulaires ou papuleux, procédant par poussées, plus ou moins localisées ou disséminées sur une surface variable du corps. D'après leurs caractères cliniques, on peut diviser ces éruptions en quatre groupes : acnitis, follicelis, miliaire ou lichénoïde, nodulaire.

Ces groupes présentent un certain nombre de types ou variétés établissant entre eux des faits de passage, qui montrent leur étroite parenté.

3° L'histologie, de même que la clinique, permet d'établir dans cette classe de tuberculides, des types, différents les uns des autres mais présentant entre eux des relations étroites. Ainsi, en partant de la structure du nodule tuberculeux représenté par le groupe acnitis, on arrive, par gradation descendante, insensiblement à la lésion la plus élémentaire, constituée par une simple infiltration cellulaire intra-dermique. La *lésion constante*, qui relie ces types les uns aux autres, est *représentée par les altérations plus ou moins prononcées, des vaisseaux sanguins*.

4° Au point de vue pathogénique, l'hypothèse des toxines dans la genèse de ces lésions, est *à priori* admissible. Mais, il n'est pas prouvé que, dans certains cas, les lésions ne puissent être *bacillaires au moins à leur début*. Des faits cliniques, bactériologiques et expérimentaux assez nombreux, autorisent pleinement cette supposition, quelque téméraire qu'elle puisse paraître.

5° Quant aux relations cliniques des divers groupes, ou plutôt des divers types qu'ils renferment, avec les différentes formes de tuberculose, elles ne peuvent être actuellement, faute d'observations suffisantes, nettement déterminées. Il semble cependant que les lésions du groupe *Folliclis et principalement de sa variété régionale*, sont plus en rapport avec les tuberculoses fermées, en général, et avec la tuberculose pulmonaire au début, en particulier. Le groupe miliaire ou lichénoïde semble, au contraire, être l'apanage des tuberculoses ouvertes, suppurées, en général, la tuberculose ganglionnaire en particulier. L'âge des malades, leur état de cachexie plus ou moins prononcé, les associations de tuberculoses diverses (cutanées, ganglionnaires, pulmonaires, etc...) ont très probablement sur la détermination du type clinique une grande influence. C'est pourquoi il existe tant de faits, qu'il est presque impossible de ranger dans un groupe, plutôt que dans un autre.

6° Au point de vue pratique, la connaissance des tuberculides cutanées, celles du type folliclis en particulier, est extrêmement importante. Comme ces lésions peuvent précéder, d'un temps quelquefois assez long, l'éclosion des signes cliniques ordinaires de la tuberculose, on est en droit de les considérer comme ayant une grande valeur séméiologique et diagnostique. Elles indiquent la présence dans l'organisme, du bacille de Koch, car elles sont le 1^{er} symptôme de l'infection bacillaire. Aussi, doivent-elles être considérées par tous les médecins, comme une menace de tuberculose plus ou moins prochaine pour les malades, chez lesquels elles se rencontrent.

Vu :

Le Président de la thèse,
A. FOURNIER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. J. THEVENOT, Saint-Dizier (Haute-Marne).
